ARRÊTER DE FUMER

BONNES PRATIQUES

EN OFFICINE

Ce syllabus a été rédigé et validé par le groupe de travail ci-dessous :

Prof. P. Bartsch (ULg)
Prof. H. Boudrez (UZ Gent)
Phn L. Claes (IPSA)
Phn I. De Wulf (CDSP-CWOA)
Phn H. Deneyer (CDSP-CWOA)
Phn N. Duquet (CDSP-CWOA)
Phn G. Guillaume (CDSP-CWOA)
Mme B. Janssen (FARES)
Dr M. Meysman (UZ Brussel)
Dr P. Nys (Tabacologue)
Prof. J. Prignot (UCL)
M. K. Puttemans (CDSP-CWOA)
Mme. C. Rasson (FARES)
Phn M. Rocour (SSPF)
Phn J. Saevels (CDSP-CWOA)
Mme V. Vande Gucht (VRGT)
Phn K. Verbeke (IPSA)
M. M. Wouters (VRGT)

Copyright : Centre de Développement Scientifique des Pharmaciens (CDSP)
Ed. Resp. : G. Guillaume, rue Archimède 11, 1000 Bruxelles

La campagne "1001 raisons d'arrêter de fumer ... Quelle est la vôtre ?" a été réalisée avec le soutien du Fonds Fédéral de Lutte contre le Tabagisme.

BONNES PRATIQUES EN OFFICINE

Arrêter de fumer

& conseil accompagnement en officine

La campagne "1001 raisons d'arrêter de fumer ! Quelle est la vôtre ?"
a été réalisée avec le soutien du Fonds Fédéral de Lutte contre le Tabagisme.

BONNES PRATIQUES EN OFFICINE

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE p. 5

A. AUTOUR DU TABAGISME p. 7

A.1. Composants de la fumée du tabac p. 7
A.2. Produits du tabac p. 7
A.3. Addiction et dépendance p. 8
A.4. Dépendance à la nicotine p. 10
A.5. Maladies liées au tabac p. 14
A.6. Tabagisme et grossesse p. 15
A.7. Tabagisme passif p. 17
A.8. Interactions tabac – médicaments p. 18
A.9. Avantages de la cessation tabagique p. 19

B. AIDES AU SEVRAGE TABAGIQUE p. 21

B.1. Médicaments d'aide à l'arrêt du tabagisme p. 21
B.2. Approches non – médicamenteuses p. 32
B.3. Approche à l'officine p. 33

C. BONNES PRATIQUES EN OFFICINE p. 39

C.1. Approche du patient fumeur à l'officine p. 39
C.2. Informations et conseils pratiques au fumeur p. 42
C.3. Directives pour le renvoi du patient p. 45
C.4. Suivi pharmaceutique p. 46

D. RENSEIGNEMENTS ET ADRESSES UTILES p. 53

D.1. Conditions d'interventions des organismes assureurs dans les frais de sevrage tabagique p. 53
D.2. Ressources pour gérer la consommation de tabac en Communauté Française de Belgique p. 54
D.3. Informations et adresses utiles en néerlandais p. 55

OUTILS DE TRAVAIL p. 57

BIBLIOGRAPHIE p. 59

INTRODUCTION GENERALE[1,2]

Le tabac tue chaque année près de 5 millions de personnes dans le monde, soit une personne toutes les 6 secondes.

En Belgique, le tabac est de loin la première cause de mortalité évitable. Par an, environ 20.000 belges décèdent des conséquences du tabagisme actif et 2.500 sont victimes du tabagisme passif.

Le pourcentage de fumeurs réguliers a peu évolué ces 20 dernières années dans notre pays. En 2007, le pourcentage de fumeurs réguliers de plus de 15 ans était de 27 % (31 % d'hommes et 24 % de femmes)[3]. On estime à 20 % le nombre d'adolescents (entre 11 et 18 ans) qui fument au moins une fois par semaine.

Même si un fumeur sur deux déclare souhaiter arrêter de fumer, peu y parviennent car, par la dépendance psychologique, comportementale et physique qu'il induit, le tabac fait partie intégrante du mode de vie du fumeur.

Professionnel de la santé facilement accessible et jouissant de la confiance de ses patients, le pharmacien doit veiller non seulement au bon usage des médicaments, mais a aussi un rôle à jouer en matière de prévention et de promotion de la santé et, à ce titre, tant dans la motivation à l'arrêt du tabagisme que dans l'accompagnement de la cessation tabagique.

Avant tout, le pharmacien doit affirmer l'officine comme un espace sans tabac et donner au patient un signe clair qu'il peut le conseiller et l'aider dans sa démarche.

Le rôle du pharmacien auprès du patient fumeur est multiple : mettre en garde le fumeur des effets du tabagisme sur son traitement médicamenteux, sa santé ou son entourage, le motiver à arrêter de fumer ou l'accompagner dans le processus de cessation tabagique.

La motivation du fumeur à l'arrêt du tabac est essentielle pour la réussite du sevrage. Si elle est souvent initiée par des préoccupations de santé, la pression sociale, professionnelle, familiale, un sentiment de rejet au sein d'un groupe ou encore de dépendance et d'esclavage au produit peuvent, aussi, être à l'origine de la motivation d'arrêt du tabac. Les chances de succès sont plus grandes quand la décision est prise par l'intéressé lui - même à la suite d'un cheminement personnel plutôt qu'après une intervention extérieure autoritaire.

Toutefois, diverses études [4→6] ont montré que le nombre de fumeurs qui arrêtent de fumer augmente s'ils bénéficient d'une intervention minimale d'un professionnel de la santé consistant à aborder le tabagisme durant 3 à 5 minutes. En pharmacie, les opportunités d'aborder la problématique du tabagisme ne manquent pas.

La délivrance de médicaments aux patients atteints de pathologies cardio - respiratoires chroniques, celle de contraceptifs, de tests de grossesse, de médicaments contre la toux ou encore de médicaments dont le métabolisme ou l'efficacité sont influencés par la cigarette, etc. sont autant d'occasions d'aborder avec le patient la cessation tabagique et / ou de relancer le message délivré par le médecin.

Pour accompagner au mieux le patient dans sa volonté d'arrêter de fumer, il est important de comprendre la place qu'occupe la cigarette dans la vie du fumeur. Il faut pouvoir l'informer des bénéfices et des inconvénients de l'arrêt du tabac, le rassurer en lui exposant les moyens disponibles pour l'aider, en anticipant les situations d'échec et en lui montrant la confiance que l'on a en ses capacités personnelles à réussir ce sevrage.

Le pharmacien sera souvent sollicité en première intention pour des informations et des conseils d'aide à la cessation tabagique. Il doit savoir quand conseiller un substitut nicotinique ou quand renvoyer un patient vers le médecin ou une aide spécialisée. Bien choisir la forme et le dosage du substitut nicotinique et accompagner la délivrance des aides médicamenteuses au sevrage de conseils et d'informations sur leur bonne utilisation sont essentiels pour garantir une efficacité optimale de ceux - ci.

Enfin, il ne sert à rien de culpabiliser le fumeur qui rechute, il faut au contraire le rassurer et le motiver à poursuivre l'arrêt ou à arrêter à nouveau. Les rechutes sont fréquentes et ne doivent pas être considérées comme un échec. Elles font partie du cycle de cessation et doivent être mises à profit afin de faire prendre conscience au fumeur des raisons de sa rechute et lui permettre d'y faire face ultérieurement.

A. AUTOUR DU TABAGISME

A.1. Composants de la fumée du tabac[1,7]

La fumée de tabac contient plus de 4.700 substances dont la nicotine et plusieurs dizaines de composés toxiques, irritants ou cancérigènes.

La **nicotine**, inhalée en même temps que la fumée, entraîne, entre autre, une élévation de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque. Elle est responsable de la dépendance tabagique qui se manifeste notamment par les symptômes de manque lors du sevrage.

La fumée du tabac renferme plusieurs **composés toxiques** tels le monoxyde de carbone, l'acide cyanhydrique, l'hydroquinone, etc. Le **monoxyde de carbone** se fixe sur l'hémoglobine, pour laquelle il possède une très forte affinité, supérieure à celle de l'oxygène. Il en résulte une hypoxie permanente des tissus et organes et une toxicité directe pour l'endothélium vasculaire.

Les **substances irritantes** (acroléine, oxydes d'azote, ammoniaque, aldéhydes, etc.) sont à l'origine d'irritations oculaires, de la toux, de l'hypersécrétion bronchique, de la paralysie du système muco - ciliaire des voies respiratoires et de la destruction des parois alvéolaires et du réseau élastique pulmonaire observée dans l'emphysème.

Les **substances cancérigènes** trouvées dans la fumée du tabac sont responsables de cancers des voies respiratoires et sont également impliquées dans le développement de nombreux autres cancers. Une quarantaine de substances ont été identifiées parmi lesquelles les hydrocarbures aromatiques polycycliques, les amines aromatiques, les nitrosamines, le polonium 210, le cadmium, etc.

A.2. Produits du tabac[8, 9]

Outre les cigarettes ordinaires manufacturées, le tabac se consomme sous de multiples formes.

On peut distinguer :

- → les formes qui se fument : cigarettes roulées à la main, cigares, cigarillos, bidis, kreteks, pipes et pipes à eau (houkas, bangs, narguilés, shishas) ;
- → les formes sans fumée : tabac à chiquer (gutka), à priser ou à garder en bouche (snuff, snus)[1].

Utilisées traditionnellement dans certains pays ou dans certaines parties du monde, diverses de ces formes (bidis[2], kreteks[3], pipes à eau, snuff etc.) ont fait leur apparition plus récemment dans les pays développés. Ces produits sont souvent considérés, à tort, par leurs utilisateurs comme moins toxiques que la cigarette. En réalité, leur toxicité est similaire, voire parfois supérieure, à celle des cigarettes classiques.

De nombreux produits potentiellement moins dangereux sont régulièrement développés par l'industrie du tabac, à destination notamment des fumeurs conscients des méfaits de la cigarette : cigarettes légères, formes sans fumée etc. La pathogénicité de celles - ci est très variable, incomplètement connue et certainement supérieure à la nicotine pure des substituts nicotiniques. ***Leur usage en tant que substitut de la cigarette n'est pas à envisager même chez les fumeurs invétérés incapables d'arrêter de fumer ou qui ne le souhaitent pas.***

[1] Snuff : Tabac finement moulu et humide, conservé entre la joue et les gencives. Le snus est une sorte de snuff, moins toxique, largement consommé en Suède.
[2] Bidis : Minces cigarettes constituées d'une petite quantité de tabac enroulée dans des feuilles de temburni ou de tendu, consommées surtout en Asie du Sud - Est et au Moyen - Orient.
[3] Kreteks : Cigarettes originaires d'Indonésie, composées de tabac et de clous de girofle.

Les cigarettes « légères », par exemple, pauvres en goudron et en nicotine, sont un leurre car, généralement, le fumeur adaptera sa façon de fumer en inhalant plus intensément, afin de maintenir inchangé son taux sanguin de nicotine et, finalement, sera toujours exposé à la fumée de cigarette toxique et cancérigène.

La plupart des produits oraux, sans fumée, sont eux - aussi fortement addictifs et peuvent provoquer des cancers du cou, de la gorge, de l'œsophage, etc.

A.3. Addiction et dépendance

L'**addiction** est un comportement psycho - pathologique qui se caractérise par une envie constante et irrépressible d'une substance, par exemple, en dépit de la motivation et des efforts du sujet pour y échapper. L'addiction se rapporte autant à des substances qu'à des conduites telles que le jeu compulsif, les conduites à risque ou encore des entraînements sportifs excessifs conduisant à un syndrome de surentraînement. Le mot addiction étant anglo - saxon, la meilleure traduction française serait **assuétude**.

La **dépendance** a un sens plus limité que le terme assuétude puisqu'elle est réservée aux symptômes qui surviennent en rapport avec la prise de substances spécifiques. Elle est plus ou moins intensément liée au phénomène de manque lors du **sevrage**.

➲ A.3.1. Dépendance selon le DSM - IV

Le DSM - IV (*Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux* – 4ème édition) présente la dépendance comme l'utilisation inappropriée d'un produit qui entraîne des signes physiques et psychiques.

Elle se manifeste par l'existence d'au moins trois des signes ci - après :

- → une tolérance qui se traduit par une augmentation de la dose nécessaire à un effet similaire ;
- → un syndrome de sevrage en cas d'arrêt ;
- → une incapacité à gérer sa propre consommation ;
- → des efforts infructueux pour arrêter la consommation ;
- → un temps important consacré à la recherche du produit ;
- → une utilisation du produit qui se fait aux dépens de l'activité sociale, culturelle ou de loisirs ;
- → une consommation qui se poursuit malgré la conscience des problèmes engendrés.

➲ A.3.2. Complexité de la dépendance

Traditionnellement, on distingue trois types de dépendance :

- → la **dépendance physique**, qui est liée directement au mode d'action du produit sur le cerveau, lequel agit comme tout élément pharmacologique par son lien avec un récepteur spécifique. Elle est définie d'une part par l'apparition d'une tolérance aux effets du produit et d'autre part, par des manifestations de sevrage lorsque l'organisme n'est plus soumis à son action ;
- → la **dépendance psychique** qui traduit l'attachement de la personne au produit, en raison de son impact sur le fonctionnement psychique de cette dernière. La dépendance psychique est caractérisée par une pulsion psychique à absorber ou rechercher continuellement le produit et / ou par la présence d'une angoisse lorsque le sujet s'en trouve privé, sans que des signes de sevrage physique ne soient nécessairement présents ;
- → la **dépendance comportementale** qui naît d'un conditionnement créé par des associations systématiques entre certains comportements et l'utilisation du produit (par exemple : décrocher le téléphone et allumer une cigarette, fumer dès la consommation d'une boisson etc.).

➲ A.3.3. Vision moderne des mécanismes de dépendance [10→13]

La neuropsychiatrie moderne considère l'addiction comme un trouble psychiatrique chronique alimenté par des mécanismes pathogéniques importants qui consistent en :

- → un trouble des processus impliqués dans la gestion de la récompense et des stimuli liés à cette récompense ;
- → un trouble dans les mécanismes cognitifs qui jouent un rôle dans la maîtrise de soi.

Le **système de récompense** est un système fondamental dans le fonctionnement humain dans la mesure où il y aurait peut - être un défaut de reproduction des espèces en l'absence d'orgasme ou encore une altération de l'état nutritionnel s'il n'y avait pas de plaisir à manger !

La vision neurobiologique moderne de la récompense nous apprend que la récompense est à la base de tous les mécanismes d'apprentissage. Les différents stimuli auxquels sont soumis un individu sont analysés et, de cette analyse, résulte un comportement dont le niveau de conscience par l'individu est plus ou moins présent :

- → soit le stimulus va résulter en un *comportement conscient* de recherche d'une récompense ;
- → soit le stimulus va résulter en un *comportement automatique, non-conscient*; on parle dans le langage courant d'habitude, de conditionnement ou plus précisément de comportement pavlovien ou encore de renforcement.

L'apprentissage va également associer les effets attendus de la substance à son *contexte de consommation*. Ce conditionnement environnemental peut encore être responsable de rechutes chez des individus sevrés même depuis longtemps (dépendance comportementale).

Différentes structures cérébrales du système méso - cortico - limbique constituent ce qu'on appelle le système de récompense. Trois d'entre elles sont déterminantes (voir Figure 1) :

- → l'*aire tegmentale ventrale* (ATV), située dans le mésencéphale. Elle contient les neurones dopaminergiques qui innervent le reste du système;
- → le *noyau accumbens*, réciproquement connecté à deux structures limbiques, l'amygdale et la formation hippocampique;
- → le *cortex préfrontal dorsolatéral*, connecté de façon réciproque au noyau accumbens.

Schématiquement, l'amygdale est impliquée dans l'évaluation émotionnelle des stimuli (plaisir, déplaisir), l'initiation des réponses somatiques qui vont y être données et la mise en place des comportements conditionnés. Le cortex préfrontal est impliqué dans l'évaluation du risque et par voie de conséquence, dans le processus d'impulsivité et de prise de décision. Le noyau accumbens reçoit les afférences des différentes structures du système de récompense, les intègre et les relaie vers les structures effectrices. Il est aussi le site d'action privilégié des substances addictives.

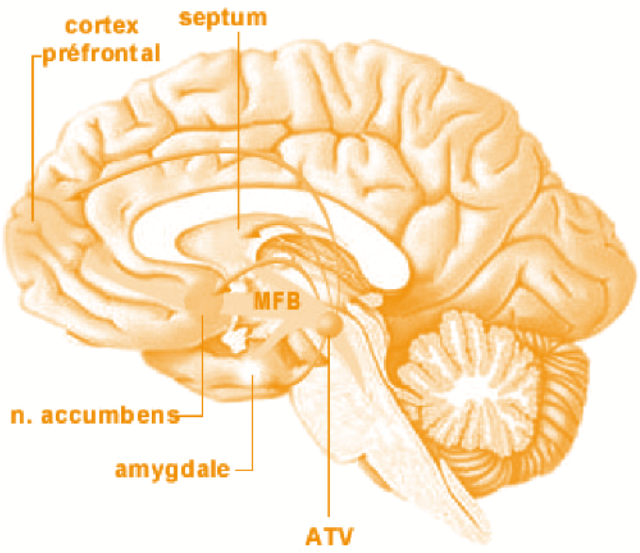

Figure 1 : Structures cérébrales du système de récompense
(Source : http://lecerveau.mcgill.ca)

La caractéristique neurobiologique commune à toutes les substances addictives est l'augmentation de la libération de dopamine au niveau du noyau accumbens, et ce dès la première consommation d'une substance addictive.

Le cerveau interprète cette libération de dopamine comme un signal de renforcement positif d'un comportement et va réagir en renforçant celui - ci. La dopamine semble permettre l'association de la notion de plaisir à un comportement ou un stimulus et va mettre en place le processus de renforcement, non - conscient, qui rend compte de l'inefficacité relative de la volonté (processus conscient) pour venir à bout de la dépendance. La libération initiale de dopamine et surtout la prise répétée de la substance entraînent des modifications neuro - adaptatives dans le système de récompense, à l'origine de la problématique de la dépendance.

D'autre part, la problématique de la dépendance résulte également d'une mauvaise évaluation des risques pris lors de la consommation d'une substance addictive. Ceci semble lié à une altération fonctionnelle du cortex préfrontal. Ce dysfonctionnement participe aux stratégies aberrantes que peuvent déployer les patients pour se procurer leur produit ainsi qu'au défaut d'inhibition du comportement de consommation. Le développement fréquent du comportement addictif et de la prise de risque chez l'adolescent s'expliqueraient par l'immaturité de la région préfrontale jusqu'à l'âge de 19 - 20 ans[14].

Le cerveau dépendant se caractériserait donc :

- → par une alternance d'hyperactivation dopaminergique en réaction à la consommation ou aux stimuli liés à la consommation, et d'hypoactivité dopaminergique durant les périodes de sevrage et d'abstinence, responsable de dysphorie[4] et d'angoisse ;
- → par une diminution du contrôle conscient sur la réponse comportementale, le stimulus lié à la consommation entraînant une telle stimulation du système mésolimbique que le contrôle cortical n'est plus effectif.

A côté de la dopamine, d'autres médiateurs (sérotonine, noradrénaline, ß - endorphines) interviennent dans le circuit de récompense, ce qui rend complexe la problématique de l'assuétude. D'autre part, des récepteurs comme les endocannabinoïdes pourraient moduler la sensation de plaisir.

L'aide motivationnelle apportée par l'entretien motivationnel fait partie des méthodes cognitives conscientes. Des stratégies cognitives stimulant l'inconscient sont en cours d'exploration[15→17].

La plupart des chercheurs s'accordent à admettre qu'il y a également dans l'assuétude d'importants facteurs génétiques[18]. On observe, par exemple, chez les métaboliseurs rapides de la nicotine, un risque accru de dépendance physique à la nicotine.

Enfin, la prise en charge de la dépendance psychologique se doit de considérer le lien entre consommation de tabac, anxiété et dépression. Ce lien, extrêmement complexe, ne sera pas abordé ici dans le détail car plusieurs hypothèses, qui ne s'excluent d'ailleurs pas, sont étudiées :

- → la dépression est un terrain favorable à l'initiation et à l'installation du tabagisme ;
- → le tabagisme, et surtout l'arrêt tabagique, induisent la dépression ;
- → des facteurs génétiques communs sont à l'origine de la dépression et du tabagisme.

A.4. Dépendance à la nicotine

A côté des facteurs psycho - comportementaux, le comportement tabagique est largement influencé par une dépendance physique à l'égard de produits psycho - actifs dont la nicotine est le principal représentant dans la fumée de tabac.

[4] Dysphorie : Instabilité de l'humeur accompagnée de malaises, d'anxiété et de réactions colériques.

➲ A.4.1. Pharmacologie de la nicotine[19,20]

La nicotine, principal alcaloïde du tabac, est un agoniste des récepteurs nicotiniques de l'acétycholine. Ces récepteurs sont présents au niveau des muscles squelettiques, du système cardiovasculaire et du système nerveux central. La fixation de la nicotine à ces récepteurs induit, entre autres, une vasoconstriction, une augmentation de la fréquence cardiaque et, après un laps de temps assez court, une dépendance physique.

Après inhalation de la fumée de tabac, la nicotine hydrosoluble passe rapidement au niveau alvéolaire dans les capillaires et via le cœur gauche vers les artères systémiques et le cerveau qui est atteint en 7 à 10 secondes après chaque bouffée, plus vite que par une injection intraveineuse. La concentration artérielle de nicotine est largement supérieure à la concentration veineuse. Les pics (*shoots*) cérébraux de nicotine sont générateurs de la dépendance.

La nicotine se distribue ensuite dans les autres tissus, de sorte que les concentrations sanguines commencent à baisser après 20 à 30 minutes. La demi - vie de la nicotine est relativement courte (2 à 3 heures), ce qui explique la fréquence de consommation de tabac du fumeur dépendant. Le fumeur va aussi moduler l'intensité des pics sanguins selon son mode de consommation. Il va fumer de manière à maintenir inchangée sa nicotinémie ; cela explique que la nicotinémie d'un fumeur varie peu lorsqu'il passe d'une consommation normale à une consommation diminuée ou à la consommation de cigarettes légères.

Au niveau du cerveau, la nicotine va se fixer sur les récepteurs nicotiniques des neurones dopaminergiques de la zone de récompense du cerveau et stimuler la libération de divers neuromédiateurs, essentiellement la dopamine, mais également la noradrénaline, la sérotonine, les ß - endorphines qui interviennent à des degrés divers dans l'effet de récompense recherché par le fumeur.

L'inhalation de la fumée est un facteur important dans le développement de la dépendance, en raison de la rapidité d'absorption de la nicotine. La fumée de cigarette est généralement inhalée, alors que celle provenant des pipes et des cigares ne l'est habituellement pas (sauf chez ceux qui sont d'anciens fumeurs de cigarettes). Chez les fumeurs primaires de pipes et de cigares, l'absorption de nicotine se produit au niveau des muqueuses naso - bucco - pharyngées sans entraîner les pics de concentration ni le gradient artério - veineux propres à l'inhalation, d'où une dépendance moins marquée.

➲ A.4.2. Effets indésirables de l'arrêt du tabagisme : le syndrome de sevrage[20,21]

L'exposition chronique à la nicotine entraîne une désensibilisation des récepteurs cérébraux induisant une augmentation du nombre de ces récepteurs. En cas d'abstinence, la nicotinémie descend en dessous du seuil de désensibilisation et les récepteurs redeviennent sensibles. L'inoccupation des récepteurs sensibles, dont le nombre est augmenté, serait à l'origine du syndrome de sevrage tabagique, aussi appelé syndrome de manque.

Les principaux effets indésirables de l'arrêt du tabagisme sont repris dans la définition du syndrome de sevrage tabagique.

Syndrome de sevrage tabagique :

- ❑ besoin impérieux de fumer (*craving for smoking*) ;
- ❑ bradycardie ;
- ❑ appétit accru ;
- ❑ nervosité, agitation ;
- ❑ irritabilité et / ou colère ;
- ❑ anxiété ;
- ❑ dépression ;
- ❑ difficultés de concentration ;
- ❑ insomnie, parfois hypersomnie qui peut annoncer la dépression ;
- ❑ nausées, constipation, sécheresse buccale.

La présence d'un ou plusieurs de ces symptômes est en général la cause des rechutes précoces. Les manifestations de sevrage sont maximales surtout pendant les premières 48 heures et restent importantes pendant 1 à 2 semaines. Certains signes peuvent persister pendant plusieurs mois.

La durée du *besoin impérieux de fumer* est de quelques minutes. Des moyens de diversion peuvent suffire : boire un verre d'eau, pratiquer quelques inspirations profondes, prendre l'air quelques instants etc.

La *bradycardie* pose rarement des problèmes, d'autant que la consommation de tabac entraîne une accélération du pouls.

L'*accroissement de l'appétit* est le plus souvent insidieux, raison supplémentaire pour inciter, avant et lors de l'arrêt, à une modération calorique associée à une augmentation de l'activité physique.

Nausées, constipation, sécheresse buccale répondent à des traitements symptomatiques simples.

La *dépression* est, en général, considérée comme l'effet secondaire le plus sérieux de l'arrêt du tabac[22]. Le risque peut persister jusqu'à 6 mois après l'arrêt[23]. Par ailleurs le terrain dépressif est souvent associé à une dépendance plus sévère[24].

Comme la demi - vie de la nicotine est d'environ 2 heures et que l'on ne fume généralement pas pendant la nuit, les taux sanguins de nicotine sont proches de zéro au réveil, d'où un syndrome de privation qui entraîne la consommation rapide d'une première cigarette très gratifiante. Le délai entre le réveil et la prise de la première cigarette ainsi que le nombre de cigarettes fumées par jour sont les deux questions du test de Fagerström (voir Figure 2) les plus prédictives de la dépendance nicotinique. Ces 2 questions peuvent être utilisées pour évaluer rapidement cette dépendance :

- ❑ **Dépendance moyenne** : > 30 minutes après le réveil et / ou 10 – 15 cigarettes / jour ;
- ❑ **Dépendance sévère** : 5 – 30 minutes après le réveil et / ou 15 – 30 cigarettes / jour ;
- ❑ **Dépendance très sévère** : < 5 minutes après le réveil et / ou > 30 cigarettes / jour.

Questions	Réponses	Points
Combien de temps après le réveil allumez - vous votre première cigarette ?	Moins de 5 minutes 6 - 30 minutes 31 - 60 minutes Après 60 minutes	3 2 1 0
Combien de cigarettes fumez - vous par jour ?	31 ou plus 21 - 31 11 - 20 Moins de 10	3 2 1 0
Trouvez - vous difficile de ne pas fumer dans les endroits où c'est interdit (cinéma, bibliothèque, train, etc.) ?	Oui Non	1 0
De quelle cigarette vous passez - vous le plus difficilement ?	La première du matin N'importe quelle autre	1 0
Fumez - vous plus pendant les premières heures du matin que pendant le reste de la journée ?	Oui Non	1 0
Fumez - vous aussi lorsque vous êtes malade et que vous passez la plus grande partie de la journée au lit ?	Oui Non	1 0
	Total:	
Degré de dépendance à la nicotine : Score **0 - 2**: très léger; **3 - 4**: lèger; **5**: moyen; **6 - 7**: sévère; **8 - 10**: très sévère.		

Figure 2 : Test de Fagerström : Test de dépendance à la nicotine

➲ A.4.3. Cycle du fumeur[25]

Le cycle d'arrêt du tabac se déroule selon le modèle du changement de comportement décrit par Prochaska et Di Clemente (1982). Ce modèle postule l'existence de plusieurs stades de changement, par lesquels passent habituellement les sujets souffrant de conduites addictives. Les sujets passent d'un stade à l'autre, habituellement de façon cyclique, mais parfois de façon anarchique (voir Figure 3).

Selon ce modèle, le professionnel de la santé doit adapter sa stratégie thérapeutique au stade de changement où se trouve le patient (voir Tableau 1). Ainsi, il est inadéquat de proposer directement une stratégie de sevrage à une personne qui serait au stade de fumeur satisfait ou ambivalent.

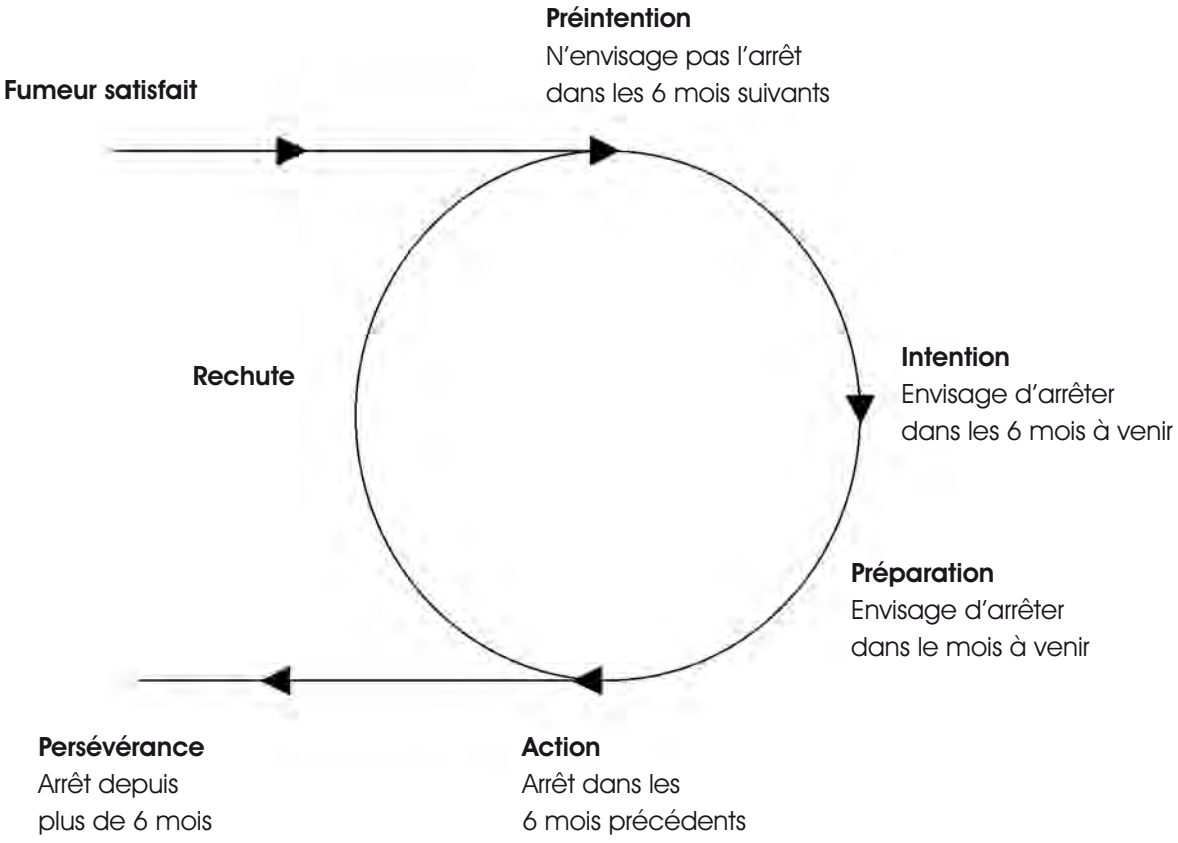

Figure 3 : Cycle du fumeur d'après Di Clemente et Prochaska

Stades de maturation	
1. PRÉINTENTION	**FUMEUR SATISFAIT** : Il apprécie son tabagisme et n'a aucune envie spontanée d'arrêter de fumer. Il n'a pas conscience de l'existence d'un problème de conduite addictive ou le considère sans importance. Ce stade dure le plus souvent de nombreuses années.
2. INTENTION	**FUMEUR AMBIVALENT** : Il reconnaît ici l'existence d'un problème et est partagé entre le plaisir de fumer et l'envie d'arrêter.
3. PRÉPARATION	**FUMEUR PRÊT À L'ARRÊT** : Après une période variable de réflexion, il prend la décision d'arrêter de fumer, par exemple en prenant des conseils ou en consultant.
4. ACTION	**FUMEUR QUI ARRÊTE** : Il ne s'agit plus ici d'une simple déclaration d'intention. Le fumeur entreprend un sevrage et suit les indications de traitement.
5. PERSÉVÉRANCE	**EX - FUMEUR SATISFAIT** : Il a arrêté et persévère dans l'arrêt.
6. RECHUTE	Il reprend sa consommation de tabac. Le fumeur revient à un stade antérieur, souvent à celui de l'intention.

Tableau 1 : Stades de maturation du fumeur

Préalablement à ces stades, il y a le non - fumeur, puis le fumeur occasionnel. Parmi ceux-ci, entre un tiers et la moitié deviennent des fumeurs réguliers (quotidiens). Près de 50 % des fumeurs quotidiens poursuivent leur tabagisme jusqu'à leur décès (fumeurs persistants). Certains maintiennent la limitation des risques par l'utilisation de substituts nicotiniques.

Quelques mots sur l'ambivalence …

L'**ambivalence** résulte de tendances opposées qui entrent en conflit, ce qui bloque les perspectives de changement. En effet, les personnes qui luttent contre des problèmes d'alcool, de tabagisme ou d'autres surconsommations, connaissent souvent les risques, les coûts et les dommages entraînés par leur comportement. Cependant, pour différentes raisons, elles sont aussi attachées à ce comportement addictif et attirées par lui.

Elles veulent changer et en même temps ne le veulent pas.

L'ambivalence est le problème - clé à résoudre pour que survienne le changement

Notons que la question de l'ambivalence ne se limite pas aux situations d'addiction mais s'applique aussi à des situations ordinaires, lorsqu'il s'agit de choisir entre le confort d'aujourd'hui et la santé de demain.

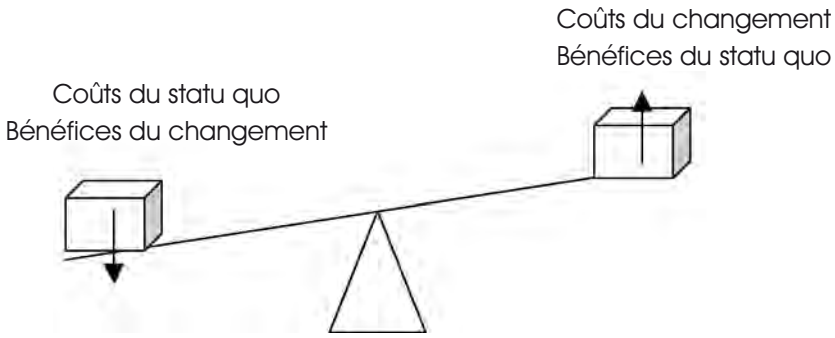

Figure 4 : Un bon moyen d'illustrer l'ambivalence est la métaphore de la balance; des bénéfices et des coûts sont associés aux 2 options opposées

A.5. Maladies liées au tabac [26→29]

La consommation de tabac est associée au développement d'un grand nombre de pathologies. Le **cancer broncho - pulmonaire** est l'une des premières maladies pour lesquelles un lien causal majeur avec la consommation de tabac a été démontré. Actuellement, l'implication du tabac dans le développement d'un nombre important d'**autres cancers** est également reconnue : cancers de la cavité buccale, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, de la vessie, du rein, du col de l'utérus, du pancréas, de l'estomac, du sein etc.

Le tabagisme est également impliqué dans le développement de diverses **pathologies cardiovasculaires** : coronaropathies, artérite des membres inférieurs, accidents vasculaires cérébraux, anévrisme aortique, insuffisance cardiaque, etc.

Le troisième grand groupe de pathologies liées au tabagisme sont les **pathologies des voies respiratoires** : BPCO, asthme, infections des voies respiratoires inférieures etc.

La consommation de tabac est aussi un **facteur de risque** :

- ❑ d'ostéoporose et de fracture chez la femme ménopausée ;
- ❑ de parodontite ;
- ❑ de dysfonction érectile ;
- ❑ de cataracte ;
- ❑ de dégénérescence maculaire liée à l'âge ;
- ❑ d'ulcère gastro - duodénal ;
- ❑ de complications chirurgicales et post - opératoires (complications respiratoires, cardiovasculaires, infectieuses, problèmes de cicatrisation etc).

Les femmes qui fument ont souvent une ménopause précoce (en moyenne 2 ans plus tôt) et dans les deux sexes, le tabagisme fait baisser la fécondité. Les chances de réussite d'une procréation médicalement assistée sont réduites en cas de tabagisme actif de la mère.

Enfin, le tabac a aussi une influence sur la **qualité de vie** : perte de l'odorat et du goût, souffle plus court, toux persistante, jaunissement des dents et de la peau et vieillissement prématuré de la peau.

Quelques chiffres …[30]
Le tabagisme est la première cause de décès en Europe avec 650.000 morts / an. Les chiffres de décès dus au tabagisme par rapport à l'ensemble des décès dus à la même maladie dans les 25 pays de l'Union Européenne en 2000 sont les suivants :

Cancers du poumon	190.000 / 224.000 (85 %)
Toutes formes de cancer	285.000 / 1.119.000 (25 %)
Maladies cardiovasculaires	184.000 / 1.873.000 (10 %)
Maladies respiratoires	113.000 / 371.000 (30 %)
Toutes causes	656.000 / 4.452.000 (15 %)

Décès	Tous fumeurs confondus (RR)	Grands fumeurs (RR)
Cancers (toutes formes)	> 2	> 3
Cancer du poumon	-	25
Maladies respiratoires (toutes formes)	3	± 5
BPCO	14	± 24
Maladies cardiovasculaires (maladies coronariennes, AVC, anévrisme aortique, artérite périphérique)	> 1,6	1,9

Tableau 2 : Risques relatifs de **décès** des sujets fumeurs (RR) versus sujets n'ayant jamais fumé (RR = 1)
Grand fumeurs = > 25 cigarettes / jour

Maladie	Tous fumeurs confondus (RR)
Cancer du poumon	> 20
Cancer de l'estomac	± 2
Cancer de la vessie	3
Risque de crise cardiaque	avant 50 ans : > 5 après 60 ans : 2

Tableau 3 : Risques relatifs de **maladie** des sujets fumeurs (RR) versus sujets n'ayant jamais fumé (RR = 1)

Le tabagisme est associé à une diminution d'incidence de la maladie de Parkinson, de la colite ulcéreuse, des vomissements gravidiques, de la pré - éclampsie, etc. Toutefois, la réduction de la mortalité liée à l'ensemble de ces maladies est inférieure à 1 % de l'augmentation de mortalité liée au tabagisme.

A.6. Tabagisme et grossesse[26→29,31→33]

Fumer pendant la grossesse peut être à l'origine de complications au cours de la grossesse, être nocif pour le développement du fœtus et avoir des répercussions sur l'état de santé ultérieur de l'enfant.

La plupart des plus de 4000 substances toxiques identifiées dans la fumée du tabac traversent la barrière placentaire. Parmi les principaux éléments potentiellement responsables de foetotoxicité, on retrouve des substances cancérigènes (hydrocarbures aromatiques polycycliques, nitrosamines, etc.), des irritants (acide cyanhydrique, acroléine, formaldéhyde, etc.), des métaux (nickel, cadmium), le monoxyde de carbone et la nicotine.

On observe chez les **femmes fumeuses** un accroissement :

- ❑ des avortements spontanés ;
- ❑ des grossesses extra - utérines ;
- ❑ des accouchements prématurés ;
- ❑ de rupture prématurée des membranes ;
- ❑ de décollement et de mauvais positionnement du placenta, etc.

Le tabagisme est nocif pour le **développement fœtal** et se manifeste par

- ❑ un retard de croissance et une diminution du poids de naissance d'environ 200 g ;
- ❑ un ralentissement du développement des voies aériennes ;
- ❑ des malformations telles que fente labiopalatine, cardiopathies congénitales et malformation des membres.

Le tabagisme maternel retentit directement sur le **bien - être fœtal** car il entraîne chez le fœtus une hypoxie chronique, une augmentation du débit et du rythme cardiaque, une perturbation du rythme respiratoire et une diminution des mouvements fœtaux. La mortalité périnatale est doublée par le tabagisme maternel.

Le tabagisme de la mère pendant la grossesse peut avoir des répercussions sur l'**enfant** après la naissance :

- → le tabagisme maternel est un facteur de risque important de mort subite du nourrisson ;
- → les pathologies respiratoires (bronchites, bronchiolites, pneumonies et asthme) et les troubles neurologiques (hyperactivité ou retard de développement mental) sont plus fréquents chez ces enfants ;
- → à long terme, ils ont un risque accru de pathologies chroniques tel que le diabète de type 2, d'atteinte de la santé reproductive et de dépendance tabagique.

Quelques chiffres …

Conséquences du tabagisme actif pendant la grossesse	RR
Grossesse extra - utérine	3
Hématome rétro - placentaire	3
Retard de croissance intra - utérin	2 à 6
Accouchement prématuré	1,5 à > 2
Fente labio - palatine	1,3
Mort subite du nourrisson	4
Bronchites, bronchiolites, pneumonies et asthme	4
Dépendance tabagique ultérieure	2

Tableau 4 : Risques relatifs des conséquences du tabagisme actif pendant la grossesse versus femmes enceintes non - fumeuses (RR = 1)[33]

Les effets nocifs du tabac sur le déroulement de la grossesse et le développement du fœtus sont, pour la plupart, dose - dépendants et réversibles à l'arrêt du tabagisme. Toutefois, *seul l'arrêt total du tabagisme permet de réduire ces risques*. Cet arrêt devrait intervenir le plus tôt possible au cours de la grossesse, mais l'arrêt reste bénéfique pour la mère et l'enfant tout au long de la grossesse et pendant l'allaitement.

Une simple réduction du nombre de cigarettes par jour ne suffit pas à diminuer les risques pour la santé du foetus. Ceci s'explique par le fait que les femmes enceintes dépendantes peuvent compenser cette diminution en fumant plus intensément les cigarettes résiduelles, ce qui leur permet d'absorber la quantité de nicotine dont elles ont besoin, mais aussi les autres substances toxiques contenues dans la fumée et bien plus dangereuses pour le fœtus (majoration de 15 % du taux de carboxyhémoglobine chez le fœtus).

Le tabagisme diminue les possibilités d'**allaitement**. La nicotine, en induisant une réduction de la production de prolactine, réduit la sécrétion lactée en terme de quantité et de durée. La nicotine passe dans le lait maternel et peut provoquer chez le nourrisson allaité de l'insomnie, de l'agitation, des vomissements, de la diarrhée, des douleurs abdominales et de la tachycardie[34,35]. Si la substitution nicotinique n'est pas conseillée en première intention à la femme allaitante, elle présente toutefois moins de risque que la persistance du tabagisme.

Remarques :

1. Si la femme enceinte ne parvient pas à arrêter de fumer, elle veillera cependant à fumer après la tétée, le plus loin possible de la tétée suivante (2 - 3 heures) et à fumer le moins possible.
2. Le lait maternel, même d'une mère fumeuse, reste supérieur au lait artificiel. L'allaitement doit être encouragé même si la mère continue à fumer; l'allaitement maternel est toujours bénéfique pour l'enfant.

A.7. Tabagisme passif[2,26,28,36]

Le tabagisme passif consiste en l'inhalation de la fumée de tabac présente dans l'air ambiant.

Le tabac est nocif pour la santé du fumeur, mais aussi pour celle de son entourage. La "fumée secondaire", libérée directement du bout incandescent de la cigarette, contient une concentration plus élevée en substances toxiques et cancérigènes que la "fumée primaire" inhalée par le fumeur.

La "fumée secondaire" contient plusieurs cancérogènes connus, notamment le benzo(a)pyrène, les amines aromatiques et les nitrosamines spécifiques du tabac. Elle renferme également de la nicotine, des toxiques tels le monoxyde de carbone et le cyanure d'hydrogène, ainsi que des agents irritants comme l'acroléine.

Outre une gêne directe (irritations des yeux, du nez, de la gorge, odeur, maux de tête, altération du goût et de l'odorat), la fumée secondaire du tabac est responsable chez le **non - fumeur** :

- ❑ de cancers broncho - pulmonaires et de la sphère ORL ;
- ❑ de pathologies coronariennes et d'accidents vasculaires cérébraux ;
- ❑ d'infections respiratoires basses, d'asthme ;
- ❑ d'une diminution de la fertilité féminine et masculine ;
- ❑ d'une réduction des chances de réussite d'une procréation médicalement assistée.

Les femmes enceintes et les enfants sont particulièrement vulnérables à l'exposition passive à la fumée de tabac.

L'exposition d'une **femme enceinte** à la fumée d'autrui réduit légèrement, mais certainement, le poids de naissance et augmente le risque de mort subite du nourrisson. La nicotine est retrouvée dans le lait de la mère non - fumeuse, exposée à la fumée de tabac.

Chez le **nourrisson**, le tabagisme passif augmente le risque de mort subite, indépendamment du risque entraîné par le tabagisme in utero. L'exposition à la fumée de tabac est associée, chez le **jeune enfant**, à :

- ❑ une irritation des voies respiratoires ;
- ❑ une augmentation de la fréquence des affections respiratoires hautes et basses (bronchite, bronchiolite, pneumonie) et ORL (rhinopharyngite, otite moyenne) ;
- ❑ une augmentation du risque de développer de l'asthme ;
- ❑ un accroissement du nombre de crises et de la sévérité des symptômes chez l'enfant asthmatique ;
- ❑ un abaissement de la courbe de croissance.

Quelques chiffres ...[37]
En terme de mortalité par cancer du poumon, maladies cardiaques ischémiques et accidents vasculaires cérébraux, le tabagisme passif à domicile est responsable de 94,5 % des décès et de 5,3 % des décès consécutifs à l'exposition au tabagisme sur le lieu de travail.

Maladie	Sujets exposés au tabagisme passif (domicile, lieu de travail, etc.) (RR)
Cancer du poumon	1.25 (femmes) 1.35 (hommes)
AVC	1.45
Maladies cardiaques	1.25
Cancer du sein	1.9
Crise d'asthme chez l'asthmatique	2.01

Tableau 5 : Risques relatifs (RR) de maladie des sujets exposés au tabagisme passif versus sujets non - exposés (RR = 1)

A.8. Interactions tabac – médicaments [38→41]

Le tabac peut interagir avec les médicaments à deux niveaux : pharmacocinétique et pharmacodynamique.

L'adaptation du dosage des médicaments influencés par le tabagisme n'est, pour la plupart, pas nécessaire d'emblée.

➲ A.8.1. Interactions pharmacocinétiques

Induction enzymatique

Les interactions pharmacocinétiques résultent, pour la plupart, de l'induction des isoenzymes du CYT P450 hépatiques par les hydrocarbures polycycliques aromatiques présents dans la fumée de tabac et particulièrement du CYP1A2, responsable du métabolisme de nombreux médicaments. Les hydrocarbures polycycliques aromatiques de la fumée de cigarette ont également un effet inducteur sur les enzymes responsables du métabolisme par glucuronoconjugaison. Le tabagisme accélère le métabolisme de ces médicaments, ce qui peut se traduire cliniquement par une diminution de leur effet pharmacologique.

En l'absence d'effet ou d'effet insuffisant du médicament chez le fumeur, il pourra être nécessaire d'augmenter les doses administrées ; et inversement, de les réduire si le patient cesse de fumer.

C'est le cas pour :

- → **théophylline** (*Degré de gravité Delphi Care: grave**) ;
- → neuroleptiques (halopéridol, clozapine, olanzapine) (*Degré de gravité Delphi Care : peu important**) ;
- → antiarythmiques (flécaïnide, mexilétine) ;
- → antidépresseurs tricycliques (clomipramine, imipramine, nortriptyline) et fluvoxamine ;
- → héparines.

Pour ces médicaments, *s'ils sont utilisés à doses plus élevées chez le fumeur*, il convient de surveiller l'apparition d'effets indésirables à l'arrêt du tabagisme et / ou de référer le patient qui souhaite arrêter de fumer vers le médecin, particulièrement pour les médicaments à marge thérapeutique étroite comme la théophylline.

Remarque : Le tabagisme par son effet d'induction sur le CYT P450 1A2, accélère le catabolisme de la caféine. A l'arrêt du tabac, pour un apport constant de café, le taux de caféinémie augmente, ce qui peut accentuer les symptômes de sevrage, en particulier la nervosité et les insomnies. Il est conseillé de limiter la consommation de café lors du se-

* Degré de gravité Delphi Care :
- Très grave : Cette interaction peut être mortelle pour le patient ou lui causer des intoxications ou des lésions durables en l'absence de mesures ;
- Grave : Cette interaction entraîne souvent des problèmes thérapeutiques, mais en cas de surveillance minutieuse du patient, les médicaments peuvent être combinés ;
- Peu important: Cette interaction doit être prise en considération. Elle n'entraîne qu'un risque limité pour le patient ou n'est attendue que chez certains patients (acétylateurs lents, les patients ayant une fonction hépatique ou rénale réduite).

vrage tabagique, sans pour autant la supprimer totalement, l'effet psychostimulant de la caféine pouvant contribuer à diminuer la somnolence et le ralentissement psychologique du sevrage tabagique. On observe souvent chez ceux qui arrêtent de fumer une diminution spontanée de la consommation de café.

Modification de l'absorption

Chez le patient diabétique insulinodépendant fumeur, la vasoconstriction cutanée induite par le tabagisme va ralentir l'absorption sous - cutanée de l'**insuline**. Une adaptation posologique peut être nécessaire chez le patient fumeur et dès lors, également chez celui - ci s'il cesse de fumer.

➲ A.8.2. Interactions pharmacodynamiques

Effets additifs

Tabac et patch à la nicotine[42] (*Degré de gravité Delphi Care : grave**)

L'emploi concomitant d'un patch à la nicotine et de cigarettes entraîne une augmentation de la nicotinémie supérieure à la nicotinémie obtenue lors de l'usage de l'un ou de l'autre. Le risque cardiovasculaire peut s'en trouver majoré, particulièrement chez les patients souffrant d'athérosclérose. L'augmentation de risque (théorique mais non démontrée) ne concerne que le patch à la nicotine. Ce n'est pas le cas lors de l'emploi de formes buccales à la nicotine médicamenteuse. Dans ce cas, le fumeur règle sa consommation pour obtenir la nicotinémie habituelle et donc fume moins quand il emploie ces formes, qui lui permettent aussi de répondre rapidement à des besoins impérieux de nicotine.

Tabac et contraceptifs oraux (*Degré de gravité Delphi Care : très grave**)

Augmentation du risque thrombo - embolique (infarctus du myocarde, AVC).

Le risque d'accident coronarien lié à la contraception hormonale est nettement plus élevé chez les femmes ayant d'autres facteurs de risques, principalement le tabagisme (> 10 cigarettes / jour), l'hypertension et un âge supérieur à 35 ans.

L'étude réalisée par l'OMS en Europe montre que le risque d'infarctus du myocarde est multiplié par 11 en cas de tabagisme seul et par 87 en cas d'association du tabagisme et d'une contraception oestroprogestative orale. Ceci correspond à un risque d'infarctus, lié à cette association, de 0,03 pour 1.000 femmes avant 35 ans et de 0,4 pour 1.000 femmes après 35 ans[43]. Les femmes sous contraceptif hormonal devraient éviter de fumer. Cette règle vaut particulièrement pour les femmes de plus de 35 ans. Une autre méthode contraceptive devrait être envisagée chez ces femmes en cas de persistance du tabagisme.

Effets antagonistes

Par activation du système nerveux sympathique, la nicotine peut contrecarrer l'action pharmacologique de certains médicaments. En l'absence d'effet ou d'effet insuffisant du médicament chez le fumeur, des adaptations posologiques peuvent être nécessaires chez le fumeur et lors de la cessation tabagique.

La nicotine peut diminuer l'efficacité des :

- → analgésiques morphiniques (dextropropoxyphène, pentazocine);
- → anti - ulcéreux (anti - acides, anti - H_2) par augmentation de la sécrétion gastrique et ralentissement de la cicatrisation ;
- → benzodiazépines ;
- → β - bloquants (propranolol) par augmentation de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque ;
- → corticostéroïdes inhalés.

A.9. Avantages de la cessation tabagique[2,26,44]

L'arrêt du tabac permet de réduire la mortalité et entraîne une diminution des risques de développement ou d'aggravation des pathologies auxquelles il est lié. *Les avantages de l'arrêt sont d'autant plus importants que le sevrage est précoce, mais quel que soit l'âge auquel on arrête, l'arrêt du tabagisme est toujours bénéfique pour la santé du fumeur.*

L'excès de risque encouru par un fumeur dépend de 3 facteurs : la consommation moyenne quotidienne, la durée du tabagisme et l'âge de début du tabagisme. De ces 3 facteurs, la durée du tabagisme apparaît comme le facteur de risque le plus important.

Dès que le fumeur cesse de fumer, son organisme en bénéficie (voir Tableau 6).

Après 20 minutes	Diminution de la pression sanguine et de la fréquence cardiaque ; Amélioration de la circulation sanguine des mains et des pieds.
Après 8 heures	Diminution du taux de monoxyde de carbone dans le sang ; Augmentation de la concentration sanguine en oxygène.
Après 24 heures	Elimination du monoxyde de carbone ; Elimination du mucus et des autres résidus de fumée (toux et crachats) ; Les risques de crise cardiaque commencent à diminuer.
Après 48 heures	Toute la nicotine est éliminée de l'organisme ; Amélioration de l'odorat et du goût.
Après 72 heures	La respiration devient plus facile.
Après 2 semaines à 3 mois	Le fonctionnement des poumons augmente jusqu'à 30 % ; Amélioration de la circulation sanguine.
Après 6 mois	Amélioration de la toux, de la congestion des sinus, de la fatigue et de l'essoufflement.
Après 1 an – 2 ans	Réduction d'un tiers du risque d'affections coronaires.
Après 5 ans	Le risque d'AVC diminue, puis reste stable (RR ex - fumeurs = 1,7, RR fumeurs = 3,7) ; Les risques d'affections coronaires rejoignent ceux du non – fumeur ; Réduction de moitié du risque de cancer de la bouche, de la gorge et de l'œsophage.
Après 6 ans	Réduction de moitié du risque de cancer de la vessie.
Après 10 ans	Diminution du risque de cancer du pancréas.
Le risque de cancer du poumon diminue, d'autant plus que l'arrêt est précoce, mais ne rejoint jamais celui d'un non - fumeur.	
Le risque de mortalité toutes causes rejoint celui des personnes qui n'ont jamais fumé après 25 ans pour les hommes et 15 – 19 ans pour les femmes.	
L'allongement de la vie est de • *si arrêt à 35 ans :* 6,9 – 8,5 années pour les hommes et 6,1 – 7,7 années pour les femmes ; • *si arrêt à 65 ans :* 1,4 – 2 années pour les hommes et 2,7 – 3,7 années pour les femmes.	

Tableau 6: Avantages de la cessation tabagique

L'arrêt du tabac permet de stabiliser ou de ralentir l'évolution des pathologies aggravées par le tabac ou pour lesquelles le tabagisme est un facteur de risque telles que l'hypertension artérielle, le diabète, l'insuffisance rénale, l'asthme, les BPCO.

Autres avantages de la cessation tabagique : les vêtements et les cheveux ne sentent plus le tabac, l'haleine est plus fraîche, les dents sont plus blanches, le teint plus clair etc. Sur le plan financier également, la différence est rapidement perceptible car fumer est une habitude coûteuse.

Chez la femme enceinte, le sevrage tabagique est bénéfique pour le déroulement de la grossesse elle - même, pour le fœtus et la santé ultérieure du bébé.

L'arrêt du tabagisme est aussi bénéfique pour l'entourage, le conjoint, les enfants, qui ne sont plus exposés aux dangers du tabagisme passif.

B. AIDES AU SEVRAGE TABAGIQUE

B.1. Médicaments d'aide à l'arrêt du tabagisme[19]

Les méthodes pharmacologiques d'aide à l'arrêt vont tenter de *minimiser le syndrome de privation en stimulant les circuits cérébraux de récompense* qui étaient sous l'influence de la nicotine.

Parmi les divers types de pharmacothérapie d'aide à l'arrêt disponibles actuellement et d'efficacité validée, il faut distinguer :

- → la *nicotine*, présente dans la fumée de tabac, habituellement donnée pour une courte durée mais dont on peut envisager, si nécessaire, un emploi substitutif indéfini ;
- → les molécules mimant l'un ou l'autre effet de la nicotine, mais dont l'emploi indéfini est sujet à caution car elles ne sont pas présentes dans la fumée de tabac et sont, dès lors, un apport exogène (*bupropion, varénicline, nortriptyline*).

Les médicaments d'aide à l'arrêt du tabagisme se fixent à la surface des neurones au niveau de récepteurs dont ils vont moduler l'activité par un effet agoniste (direct ou indirect) ou antagoniste. Ils agissent ainsi sur la production des divers neuromédiateurs libérés sous l'action de la nicotine de la fumée de tabac (dopamine, noradrénaline, sérotonine, ß - endorphines) lesquels interviennent à des degrés divers dans "l'effet de récompense" recherché par le fumeur.

La nicotine (agissant comme les 4 neuromédiateurs) et la nortriptyline sont des agonistes. Aucun médicament antagoniste n'est actuellement disponible en pharmacie. Le bupropion (ZYBAN®) combine un effet agoniste indirect et un effet antagoniste. Un produit récemment introduit, la varénicline (CHAMPIX®) combine un effet agoniste partiel et un effet antagoniste spécifique sur les récepteurs nicotiniques $\alpha_4ß_2$.

Les liens entre tabagisme et dépression sont bien connus : fréquence élevée d'antécédents de dépression majeure chez les fumeurs, chances moindres de succès du sevrage et, parfois, développement d'une dépression comme symptôme de privation. Quoique le mécanisme exact des liens entre dépression et tabagisme ne soit pas entièrement éclairci, il n'est pas exclu que la nicotine ait un mode d'action cérébrale similaire à celui des antidépresseurs : il n'est donc pas étonnant que les antidépresseurs (bupropion, nortriptyline) puissent aider à l'arrêt du tabagisme.

➲ B.1.1. Le traitement de substitution nicotinique (TSN)[19,45]

La substitution nicotinique permet d'atténuer le syndrome de privation responsable, en grande partie, des rechutes survenant dans les jours qui suivent l'arrêt.

Avantages de la substitution nicotinique

- ❑ limitation du syndrome de privation à l'arrêt du tabac permettant un meilleur contrôle des éléments comportementaux de la dépendance (réflexes conditionnés, gestes main – bouche etc.) ;
- ❑ rare apparition d'un transfert de dépendance vers le substitut nicotinique administré sous des formes moins gratifiantes que la cigarette ;
- ❑ annulation des risques pour la santé liés à la poursuite de l'imprégnation par les autres composants du tabac (goudrons, irritants, CO etc.).

Indications

Les substituts nicotiniques sont indiqués pour les fumeurs réguliers motivés à cesser de fumer, avec un score de dépendance modéré à élevé ainsi qu'en cas d'échec, d'intolérance ou de contre - indication des autres types de pharmacothérapie.

Dans certains cas, l'utilisation des substituts nicotiniques peut être envisagée pour des abstinences discontinues (par ex. sur le lieu de travail, en cas d'hospitalisation, de long trajet en avion) ou dans le cadre d'une limitation tabagique, première étape vers l'arrêt.

La dépendance tabagique étant une affection chronique, des cures répétitives ou une substitution de longue durée, voire indéfinie, peuvent être nécessaire. Les risques en sont de toutes façons moindres que ceux de la persistance du tabagisme.

Voies d'administration

Les substituts nicotiniques sont disponibles sous formes de patchs, de gommes à mâcher, de comprimés à sucer ou sublinguaux et d'inhaler.

La *nicotine de la fumée* de cigarette est, grâce à l'inhalation, la seule à pénétrer rapidement dans l'organisme au niveau pulmonaire. La *nicotine déglutie* n'est pas efficace car elle est suivie d'une résorption par la veine porte et d'une dégradation hépatique lors du premier passage d'environ 70 % de la nicotine en cotinine, un métabolite d'activité psycho - active nettement moindre.

La *nicotine administrée dans les substituts* délivrés à l'officine, court - circuite la circulation portale et évite cet écueil. La résorption est plus rapide au niveau buccal, grâce aux gommes, aux comprimés sublinguaux ou à sucer et à l'inhaler (qui n'entraîne pas de résorption pulmonaire), avec un pic sérique après environ 30 minutes. La vitesse de résorption est la plus faible pour le timbre, qui donne un taux stable et prolongé de nicotine, avec une valeur maximale après 4 à 8 heures. La nuit, même avec le timbre de 24 h, la décroissance de la résorption est importante.

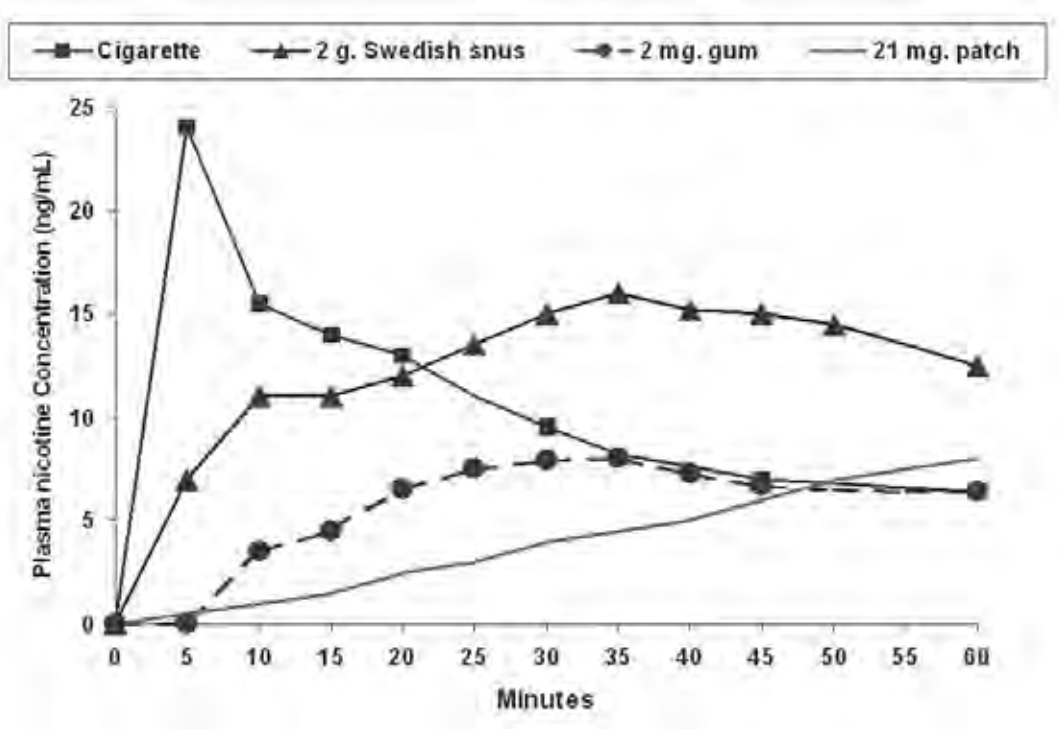

Figure 5 : Taux plasmatiques de nicotine en fonction du temps pour différentes voies d'administration

Le taux d'abstinence avec la substitution nicotinique, toutes formes confondues, est de 17 % pour le suivi le plus long (12 mois). Les résultats sont évidemment variables en fonction du type de fumeurs concernés (dépendance, rechute, grossesse, motivation, adhésion thérapeutique, co - morbidité psychiatrique ou consommation d'autres drogues etc.). Ils sont généralement considérés comme moins favorables dans les cas de BPCO.

Dans l'ensemble, l'accroissement du taux de succès de l'arrêt étant similaire avec les diverses formes d'administration, on aura intérêt à **tenir compte des préférences du fumeur** pour le choix du ou des modes d'administration.

	Avantages	Inconvénients
Timbres ou patchs	▪ Libération d'une dose choisie fixe, constante et prolongée de nicotine ; ▪ Pas de possibilité de sous - dosage ; ▪ Pratique, bonne compliance des fumeurs (90 %) ; ▪ Utile quand le fumeur ne peut pas mâcher les gommes.	▪ Forme non modulable, ne permet pas de répondre aux pulsions brutales à fumer ; ▪ Effets indésirables locaux : irritation cutanée, hypersensibilité (rare) ; ▪ Non conseillé en cas d'affections cutanées chroniques (psoriasis, dermatite chronique etc.)
Gommes à mâcher, comprimés à sucer et sublinguaux	▪ Administration "à la demande" possible, permettent de répondre aux pulsions brutales à fumer ; ▪ Emploi transitoire possible dans les lieux où il est interdit de fumer ; ▪ Préférés en cas d'affection cutanée chronique (psoriasis, dermatite chronique etc.), de grossesse et d'allaitement. Comprimés à sucer et sublinguaux ▪ Absence de résidu. Fournit 25 % de nicotine de plus que la gomme de même dosage ; ▪ Formes discrètes ; ▪ Pas de mastication, plus esthétique que la gomme ; ▪ Pas d'adhérence aux prothèses. Comprimés à sucer ▪ Goût plus agréable que comprimé sublingual.	Goût déplaisant de certaines formes Gommes à mâcher ▪ Mastication ; ▪ Adhérence aux prothèses dentaires ; ▪ Effets indésirables locaux : inflammation (bouche et gorge), hoquet, troubles gastro - intestinaux, douleurs au niveau de la mâchoire et problèmes orodentaires. Comprimés à sucer ▪ Effets indésirables locaux : irritation buccale, toux, hoquet, acidité gastrique, nausées. Comprimés sublinguaux ▪ Effets indésirables locaux : irritation buccale, toux, hoquet.
Inhaler	▪ Administration "à la demande" possible, permet de répondre aux pulsions brutales à fumer ; ▪ Emploi transitoire possible dans les lieux où il est interdit de fumer ; ▪ Préféré en cas d'affection cutanée chronique (psoriasis, dermatite chronique, etc.) ; ▪ Utile quand le geste main - bouche est un facteur comportemental important de la dépendance ; ▪ Stimulus sensoriel similaire à la fumée ; ▪ Bonne compliance ; ▪ Faible potentiel de dépendance.	▪ Pas d'absorption transpulmonaire, même après inhalation profonde; pas de supériorité pharmacocinétique par rapport à la gomme ; ▪ Faible niveau de substitution, ▪ Effets indésirables locaux : irritation de la gorge, sensation de brûlure buccale, toux.

Tableau 7 : Avantages et inconvénients des différents substituts nicotiniques

Posologie et mode d'emploi

Le maximum d'efficacité est obtenu lorsque le taux de substitution est au moins de 80 %, ce qui est très rare, car les fumeurs ont tendance au sous - dosage. Il faut **éviter le sous - dosage** responsable de l'apparition de symptômes de sevrage et de rechute. Le besoin impérieux de fumer ("craving for smoking") répond en principe très bien à la substitution nicotinique quand elle est suffisante.

On peut **estimer la dose de nicotine nécessaire de façon empirique** en se basant sur le nombre de cigarettes consommées par jour ou sur un test de dépendance ou encore sur le fait qu'il s'agit d'une rechute après échec d'une tentative de sevrage menée avec une substitution standard (voir Tableau 8).

Dans les centres spécialisés d'aide à l'arrêt, il est possible de surveiller, par dosage de la cotinine ou du CO, la réalité de l'arrêt et le degré de substitution et d'adapter les doses en conséquence. Ceci peut être particulièrement important chez les femmes enceintes, où il faut éviter de dépasser le taux de nicotinémie de la période de tabagisme.

En général, on conseille de faire coïncider la prise de nicotine avec la date d'arrêt complet (voir A.8.2. Interactions pharmacodynamiques).

L'adaptation éventuelle des doses doit se faire après quelques jours : si le syndrome de privation est trop sévère et la rechute prête à se produire, on augmente la dose. Si par contre, un syndrome d'intoxication nicotinique se manifeste (ce qui est exceptionnel), il faudra la diminuer. L'interprétation de ces symptômes est difficile car ils peuvent également résulter du syndrome de privation.

Les *signes de surdosage en nicotine* sont :

- → nausées ;
- → tendances syncopales ;
- → palpitations ;
- → céphalées ;
- → insomnies sévères ;
- → diarrhée.

Il y a lieu de préciser au fumeur la **façon correcte d'utiliser les substituts** afin d'obtenir une adhésion thérapeutique optimale, condition essentielle pour le succès et pour minimiser les effets collatéraux, mineurs dans l'ensemble (voir Tableau 8).

	Timbre = Patch	Gommes à mâcher, comprimés à sucer ou sublinguaux	Inhaler
POSOLOGIE **Dépendance ?**			
Dépendance modérée 1ère cig > 10 min. après le réveil	15 ou 21 mg pendant 2 à 3 mois et diminution progressive jusqu'à l'arrêt complet : 10 ou 14 mg (2 - 3 semaines) 5 ou 7 mg (2 - 3 semaines) Les patchs "16 h" sont à retirer la nuit. L'efficacité du patch "16 h" est similaire à celle du patch "24 h" en matière d'abstinence tabagique, mais l'envie matinale de fumer est mieux contrôlée et le sommeil plus réparateur avec le patch 24 h qu'avec le patch 16 h. La quantité de nicotine libérée par heure par les timbres "24 h" et "16 h" est équivalente. Il est donc possible de substituer un timbre "16 h" par un "24 h" *pour autant qu'il ne soit appliqué que pendant 16 heures.*	2 mg / heure (conseillé) et davantage en cas de pulsion à fumer ou ad libitum (souvent sous - dosé) pendant 2 à 3 mois et diminution progressive jusqu'à l'arrêt complet. Remarque : Les surdosages sont rares ! La dose journalière maximale la plus élevée retrouvée dans les notices des formes buccales des substituts nicotiniques est de 24 x 4 mg !	4 - 12 recharges / jour pendant 3 mois, à diminuer ensuite progressivement sur 6 - 8 semaines. Inhaler plus ou moins profondément, comme avec une cigarette, lorsque l'envie se fait sentir. Le nombre d'inhalations nécessaires, la fréquence, la durée et la technique d'inhalation varient d'une personne à l'autre. Après utilisation d'un certain nombre de recharges, le patient trouve la méthode qui lui convient le mieux et qui donne le meilleur résultat.

	Timbre = Patch	Gommes à mâcher, comprimés à sucer ou sublinguaux	Inhaler
Dépendance sévère - 1ère cig < 10 min. après le réveil ou - Test Fagerström > 7 ou - Rechute après substitution standard	Idem. Eventuellement : - en combinaison avec une forme modulable : timbre à 15 ou 21 mg + 2 mg à la demande ; - prolonger le traitement > 3 mois.	4 mg / heure ou à la demande. Eventuellement : - en combinaison : avec le timbre 15 ou 21 mg + 2 mg à la demande ; - prolonger le traitement > 3 mois.	Pas indiqué seul car libère une faible dose de nicotine.
MODE D'EMPLOI			
	Appliquer le timbre à un endroit glabre, propre, sec et non apparent, par exemple au niveau de la hanche, du bras ou de la poitrine. Appuyer fortement pendant une dizaine de secondes avec la paume de la main. Choisir chaque jour un autre endroit pour éviter les réactions locales et attendre de préférence quelques jours avant de réutiliser une même zone. Ne pas découper les patchs (excepté les patchs matriciels NICOTINELL® et NICOPATCH®). Après retrait du patch, les traces de colle peuvent être facilement éliminées à l'éther. Tenir les patchs, même usagés, hors de portée des enfants (risque d'intoxication grave, voire fatale).	Ne pas manger ou boire (café, boissons pétillantes, jus de fruits) dans les 15 minutes précédant la prise d'une forme buccale. Gommes à mâcher Mâcher chaque gomme lentement et par intermittence pendant 30 minutes ou jusqu'à disparition du goût. Arrêter de mâcher dès que le goût de la nicotine ou des picotements sont perçus et placer la gomme entre la joue et la gencive. Recommencer à mâcher après quelques minutes. Si utilisation de plus de 15 gommes à 2 mg par jour, les gommes à 4 mg peuvent être conseillées en remplacement. Comprimé à sucer Le comprimé doit être placé dans la bouche où il va se dissoudre. Il doit régulièrement être déplacé d'un côté de la bouche à l'autre, jusqu'à dissolution complète (environ 20 à 30 minutes). Ne pas mâcher ou avaler entier. Comprimés sublinguaux Libérer le comprimé du distributeur par rotation et pression. Placer le comprimé sous la langue où il se dissout en environ 30 minutes. Ne pas mâcher ou avaler entier.	Insérer la cartouche dans l'inhaler. Inhaler plus ou moins profondément, comme avec une cigarette, lorsque l'envie se fait sentir. L'utilisation d'une recharge peut être répartie sur 3 heures maximum, car la concentration en nicotine diminue progressivement. Le taux de nicotine libéré diminue dans un environnement froid. Conserver l'inhaleur et les recharges au - dessus de 15°c. Tenir hors de portée des enfants (risque d'intoxication).

Tableau 8 : Posologie et mode d'emploi des différents substituts nicotiniques

Combinaison de plusieurs formes
Il est possible de combiner plusieurs formes si nécessaire. La combinaison du timbre avec l'une ou l'autre des formes modulables permet de maintenir grâce au premier un taux constant relativement faible de nicotine, atténuant le syndrome de manque, et par l'autre, de répondre aux pulsions brutales à fumer. Cette combinaison améliore le taux d'abstinence à long terme par rapport au timbre seul, sans dépasser les concentrations veineuses atteintes lors de la fume. Les associations de 2 substituts nicotiniques (voire avec d'autres médicaments) sont employées de plus en plus souvent dans les services spécialisés.

On peut également conseiller de commencer par une combinaison et de poursuivre avec une forme modulable isolée ou encore de les utiliser seul successivement, le timbre au début du sevrage et une forme modulable aux stades plus avancés de la cure comme réponse aux pulsions à fumer.

Pour les nombreux fumeurs chroniques refusant ou incapables d'arrêter de fumer, on peut envisager une limitation de 50 % au moins du nombre de cigarettes par jour, assistée par l'administration concomitante de nicotine sous forme modulable comme étape intermédiaire vers l'arrêt. Un tiers des patients ayant réussi à réduire de 50 % à 4 mois avec la nicotine ont arrêté complètement de fumer à un an (vs 18,5 % après placebo). La limitation des risques de santé après simple limitation du nombre de cigarettes par jour fait l'objet de controverses (surtout en ce qui concerne le cancer du poumon). Cette méthode favorise (fut - ce de façon très modeste) la cessation tabagique; elle peut donc être envisagée chez les fumeurs invétérés. Elle doit être aussi brève que possible car elle entraîne une moindre réduction des risques que l'arrêt complet, celui - ci fut - il obtenu par une substitution nicotinique permanente et de longue durée.

Effets indésirables et précautions
Les effets indésirables ne sont pas fréquents et dépourvus de gravité au point que les formulations nicotiniques peuvent être obtenues sans prescription médicale.

Effets généraux (< 7 %), indépendants du mode d'administration :
- ❑ vasoconstriction cutanée ;
- ❑ céphalées ;
- ❑ vertiges ;
- ❑ troubles du sommeil.

Les effets locaux dépendent du type d'administration (voir Tableau 7).

Les contre - indications se sont amenuisées en fonction de l'accumulation des données. La notice se contente de conseiller une substitution prudente en cas de :
- ❑ angine de poitrine ;
- ❑ infarctus du myocarde récent ;
- ❑ arythmies cardiaques sévères ;
- ❑ hypertension systémique ;
- ❑ maladies vasculaires périphériques ;
- ❑ ulcère peptique ;
- ❑ hyperthyroïdie ;
- ❑ diabète insulino - dépendant ;
- ❑ phéochromocytome.

Un suivi médical en présence de ces pathologies, ainsi que chez les adolescents et en cas de grossesse, en particulier en ce qui concerne le taux de substitution, reste seul d'actualité. Ce suivi est également nécessaire dans le cadre des substitutions de longue durée, avec ou sans fume concomitante.

Cas particuliers [31,38]

❑ Affections cardiovasculaires

La substitution nicotinique peut être utilisée chez les patients souffrant d'affections cardiovasculaires (affections coronaires, artérites, etc.) sous contrôle médical. Elle peut être utilisée immédiatement au décours d'un infarctus du myocarde, en tenant compte de la perte de tolérance à la nicotine si le patient n'a pas fumé récemment.

❑ Grossesse

L'arrêt du tabagisme devrait survenir de préférence avant la conception ou du moins le plus rapidement possible au cours de la grossesse.

Si nécessaire, un traitement de substitution nicotinique pourra être instauré sous contrôle médical, à la dose la plus faible possible suffisant à maintenir l'arrêt tabagique. La préférence est donnée aux formes orales qui limitent l'exposition du fœtus à la nicotine. En cas de nausées ou de vomissements, les patchs, utilisés uniquement en journée, peuvent être conseillés. Bien que cela ne soit pas toujours possible, la substitution nicotinique devrait idéalement être stoppée au 3ème trimestre de la grossesse. La balance bénéfice - risque reste toujours plus favorable à la substitution nicotinique qu'au tabagisme. Le métabolisme de la nicotine étant plus rapide chez la femme enceinte, des doses élevées peuvent être nécessaires ; l'ajustement des doses peut se faire par l'association de différentes formes.

❑ Allaitement

Le lait maternel, même d'une mère fumeuse, reste supérieur au lait artificiel. Si nécessaire, un traitement de substitution nicotinique pourra être instauré. La préférence est donnée aux formes orales et la tétée sera différée de 2 - 3 heures après la prise du substitut. En cas d'utilisation de patchs, on peut recommander une utilisation diurne des timbres et des tétées nocturnes.

➲ B.1.2. Bupropion (Amfebutamone - ZYBAN®)[19,45]

Le bupropion est enregistré dans l'indication d'aide au sevrage tabagique et est délivré sur prescription.

Mécanisme d'action

D'abord introduit comme antidépresseur, le bupropion est utilisé comme aide à l'arrêt sous une forme à libération lente, après qu'on ait constaté une régression du tabagisme chez les déprimés soumis à ce traitement. Toutefois, l'efficacité du bupropion dans l'arrêt du tabagisme semble indépendante de ses effets antidépresseurs.

Le bupropion est un faible inhibiteur sélectif de la recapture neuronale de la noradrénaline et de la dopamine, impliquées respectivement dans le syndrome de privation et les réseaux de "récompense". Il n'influence que très peu la recapture de la sérotonine et n'inhibe pas les monoamineoxydases. Il est aussi un antagoniste non compétitif et non sélectif de la nicotine.
Le bupropion atténue nettement le syndrome de privation ; il amenuise la décroissance des affects positifs liée au sevrage mais n'a que peu d'effet sur la pulsion à fumer ni sur la satisfaction liée au fait de fumer. Le taux d'abstinence continue à 12 mois est d'environ 18 % avec le bupropion.

Posologie

Le bupropion est bien résorbé par voie orale (87 %) et sa concentration plasmatique maximale est atteinte après environ 3 heures. Sa demi - vie d'élimination est de 18 h.

La pharmacocinétique du bupropion est similaire chez les fumeurs et les non - fumeurs ; le bupropion n'a pas d'influence sur la pharmacocinétique de la nicotine et n'est pas influencé par elle. Pour atteindre des taux plasmatiques stables, le traitement sera commencé 8 jours au moins avant l'arrêt du tabac :

→ Jour 1 – 6 : 150 mg (1 comprimé) le matin ;
→ Jour 7 – fin : 150 mg matin et soir, à au moins 8 h d'intervalle.

L'arrêt du tabac sera généralement conseillé au cours de la deuxième semaine de traitement.

Les comprimés, à libération prolongée, ne doivent être ni écrasés ni mâchés.

La durée optimale d'administration reste à préciser (7 à 9 semaines). L'intérêt à long terme de poursuivre le traitement pour éviter la rechute chez les abstinents à la fin d'un traitement de 7 semaines n'est pas démontré. En effet, l'étude de Hays[72] montre que dans le groupe ayant reçu le bupropion jusqu'à la 52ème semaine, le taux d'abstinence à la 104ème semaine est similaire à celui du groupe n'ayant reçu ce médicament que pendant les 7 premières semaines (41,6 % vs. 40 %).

Avantages

- → Compliance thérapeutique favorisée par le petit nombre de comprimés à utiliser ;
- → Possibilité d'associer bupropion et substituts nicotiniques, mais n'apporte pas d'amélioration significative des taux d'abstinence ;
- → Bonnes efficacité et tolérance dans les maladies cardiovasculaires stables.

Inconvénients

- → Effets indésirables fréquents ;
- → Pas indiqué dans le cadre des abstinences momentanées de brève durée car le «steady state» n'est atteint qu'après une semaine.

Effets indésirables, contre - indications, précautions et interactions (voir Tableaux 9 et 10)

Certains **effets indésirables** sont déjà détectables durant la semaine d'administration qui précède l'arrêt. Les plus fréquents sont l'insomnie (surtout en combinaison avec la nicotine), la sécheresse buccale et les nausées. L'insomnie peut être limitée en évitant de prendre le comprimé au moment du coucher, tout en respectant un intervalle minimum de 8 heures entre les deux prises.

La complication la plus grave consiste en des convulsions. De rares cas ont été signalés, surtout en présence de surdosage et de facteurs favorisants comme l'alcoolisme ou des antécédents de convulsions, de boulimie, d'anorexie mentale ou de traumatisme crânien. Plus de la moitié de ces convulsions surviennent toutefois en l'absence de ces facteurs de risque.

Les **contre - indications** sont principalement les facteurs accentuant le risque de convulsions. L'innocuité du bupropion durant la grossesse n'est pas établie. Le bupropion se retrouve dans le lait maternel à des concentrations supérieures à celles du plasma. La grossesse et l'allaitement sont donc des contre - indications.

Effets indésirables	**Contre - indications**	**Précautions** : Posologie limitée à 150 mg + surveillance étroite
Fréquents (> 1% - < 10%) Insomnies surtout si combinaison avec nicotine ; Sécheresse de la bouche ; Nausées. Peu fréquents (> 0,1 % - < 1 %) Hypertension (avec nicotine) Constipation ; Céphalées ; Dépression ; Anxiété. Rares mais sévères (0,1 %) Réactions graves d'hypersensibilité ; Convulsions.	- Hypersensibilité au bupropion ; - Epilepsie ou antécédents d'épilepsie ; - Tumeur du SNC, traumatisme crânien ; - Affection bipolaire ; - Boulimie ou anorexie (présente ou passée) ; - Alcoolisme, sevrage récent d'alcool et de sédatifs ; - Cirrhose sévère ; - Diabète traité par insuline ou hypoglycémiants ; - Administration d'IMAO dans les 15 derniers jours ; - Grossesse et allaitement.	- Insuffisance rénale et hépatique ; - Sujet âgé ; - Médicaments abaissant le seuil épileptogène ou dont le métabolisme dépend du CYP2D6 (voir Tableau 10); - Autres interactions médicamenteuses (voir Tableau 10).

Tableau 9 : Effets indésirables, contre - indications et précautions à l'usage du bupropion

INTERACTIONS DU BUPROPION AVEC			
Substance interagissante	**Degré de gravité Delphi Care***	**Effets pharmacologiques**	**Mesures à prendre**
Ritonavir	Très grave	Inhibition du métabolisme du bupropion et augmentation du risque d'effets indésirables.	Evaluation balance risques / bénéfices. Posologie limitée à 150 mg + Surveillance étroite.
Médicaments métabolisés par le CYP2D6 : • β - bloquants (métoprolol, timolol) • Anti - arythmiques (flécaïnide, propafénone) • Antidépresseurs ISRS, tricycliques et analogues • Antipsychotiques (rispéridone)	Grave	Augmentation du risque d'effets indésirables des médicaments concernés par inhibition de leur catabolisme.	Evaluation balance risques / bénéfices. Posologie limitée à 150 mg + Surveillance étroite.
Médicaments diminuant le seuil convulsif : • Antipsychotiques • Antidépresseurs • Antihistaminiques sédatifs • Théophylline • Antipaludéens • Tramadol • Stéroïdes systémiques • Quinolones	Grave	Augmentation du risque de convulsions. Effets additifs.	Evaluation balance risques / bénéfices. Posologie limitée à 150 mg + Surveillance étroite.
Inhibiteurs des monoamine oxydases (IMAO)	Grave	Effets additifs. Augmentation du risque d'effets indésirables noradrénergiques (augmentation de la tension artérielle, tachycardie).	Ne pas associer. Respecter un délai de 14 jours à l'arrêt de l'IMAO (24h pour le moclobémide).
Lévodopa	Peu importante	Augmentation du risque d'effets indésirables.	Etre attentif à la survenue d'effets indésirables (nausées, vomissements, nervosité, tremblements).
Alcool	Peu importante	Synergie de l'effet dépresseur central. Tolérance réduite à l'alcool.	Réduire ou supprimer la consommation d'alcool pendant le traitement.

Tableau 10 : Interactions du bupropion[41]

* Degré de gravité Delphi Care :
- Très grave : Cette interaction peut être mortelle pour le patient ou lui causer des intoxications ou des lésions durables en l'absence de mesures ;
- Grave : Cette interaction entraîne souvent des problèmes thérapeutiques, mais en cas de surveillance minutieuse du patient, les médicaments peuvent être combinés ;
- Peu important: Cette interaction doit être prise en considération. Elle n'entraîne qu'un risque limité pour le patient ou n'est attendue que chez certains patients (acétylateurs lents, les patients ayant une fonction hépatique ou rénale réduite).

➲ B.1.3. Varénicline (CHAMPIX®)[19,46]

La varénicline est enregistrée dans l'indication d'aide au sevrage tabagique et est délivrée sur prescription.

Mécanisme d'action
L'originalité de la varénicline réside dans son action agoniste partielle spécifique sur les récepteurs nicotiniques $\alpha_4\beta_2$. Elle agit comme agoniste sur ces récepteurs, en stimulant la production de dopamine, mais dans une moindre mesure que la nicotine (environ 60 %), suffisamment toutefois que pour diminuer le besoin de nicotine et les symptômes de sevrage. D'autre part, grâce à son action antagoniste, par occupation des récepteurs, elle minimise la satisfaction liée à la nicotine inhalée avec la fumée et dès lors les risques de rechute après sevrage. Dans une comparaison récente avec le timbre nicotinique, la varénicline semble particulièrement efficace sur le symptôme de craving (pulsion à fumer)[47]. Le taux d'abstinence continue à un an avec la varénicline atteint 22 %; il est supérieur à celui du bupropion (15,7 %)[48,49] et à celui de la nicotine prise sous une forme non combinée[47].

Posologie
La varénicline est administrée per os. La résorption est très bonne (90 %).

Le traitement débute une semaine avant l'arrêt du tabac. Les comprimés doivent être avalés en entier, pendant ou en dehors des repas.

• Jour 1 - 3	0,5 mg	1 fois par jour
• Jour 4 - 7	0,5 mg	2 fois par jour
• Jour 8 - fin	1 mg	2 fois par jour

La durée de traitement conseillée est de 12 semaines. La prolongation du traitement pendant 12 semaines augmente le taux d'abstinence à un an et peut donc être envisagée en cas de succès à la 12ème semaine, surtout chez les personnes très dépendantes.

Effets indésirables, précautions et interactions
Les nausées sont l'effet indésirable le plus fréquent (28,8 %). D'autres effets secondaires fréquents ($\geq$ 1 / 10) sont des insomnies, des céphalées et des rêves anormaux. Les effets indésirables entraînent l'arrêt du traitement dans 8,6 – 10,5 % des cas (versus 12,6 – 15,2 % pour le bupropion)[48,49]. La dose peut être réduite de moitié (0,5 mg 2 x / jour), de façon temporaire ou prolongée, chez les patients qui ne peuvent tolérer les effets indésirables.

On manque encore de données pour les groupes de fumeurs avec comorbidités (troubles cardiovasculaires, respiratoires ou psychiatriques, alcoolisme, épilepsie etc.). En l'absence de données chez la femme enceinte, la varénicline est contre - indiquée durant la grossesse et l'allaitement.

L'activité de la varénicline sur les microsomes hépatiques et les enzymes hépatiques est limitée; son interaction avec d'autres médicaments est donc faible. La varénicline n'a probablement pas d'effet sur le métabolisme d'autres drogues via le cytochrome P450.

Remarque : La FDA[50] (Food and Drug Administration) et l'EMEA[51] (European Medicines Agency) ont récemment (novembre et décembre 2007) attiré l'attention des professionnels de la santé sur l'apparition, chez certains patients traités par la varénicline, d'idées suicidaires ou d'un comportement agressif ou erratique. Un lien causal entre ces manifestations et la varénicline n'a pas encore été établi et est en cours d'évaluation. Ces deux instances recommandent aux professionnels de la santé de surveiller l'apparition de changements de comportement ou d'humeur chez les patients utilisant ce médicament et rappellent que la cessation tabagique elle - même peut être à l'origine de telles manifestations.

➲ B.1.4. Nortriptyline (NORTRILEN®)[19]

Ce psychostimulant tricyclique, disponible sur prescription médicale n'est pas enregistré jusqu'ici comme médicament d'aide à l'arrêt.

La nortriptyline inhibe la recapture de la noradrénaline et, à un moindre degré, celle de la sérotonine. Ses effets sur l'humeur se manifestent après 2 à 4 semaines. Elle a un effet démontré dans plusieurs études, sur l'arrêt proprement dit[52]. L'association substitution nicotinique et nortriptyline augmente le taux d'arrêt à 6 mois mais au prix d'un accroissement des effets indésirables.

La dose quotidienne utilisée est généralement de 75 mg.

Les effets indésirables sont fréquents : bouche sèche, tête vide, dysgueusie et somnolence.

➲ B.1.5. Autres médicaments[19]

- ❑ Le **rimonabant** est enregistré par l'EMEA (Agence Européenne d'Enregistrement des Médicaments) comme freinateur de l'augmentation de poids, mais ne l'est pas comme médicament d'aide à l'arrêt du tabac vu le manque de concordance des résultats des diverses études et le risque non négligeable de dépression qu'il entraîne. Il n'est pas enregistré par la FDA.
- ❑ Les produits suivants n'ont, à l'heure actuelle, pas de place comme aides médicamenteuses au sevrage tabagique : lobéline, clonidine, acétate d'argent, mécamylamine, naltrexone, anxiolytiques, moclobémide, sélégiline, tablettes de glucose, antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine. A l'avenir, on pourrait voir apparaître sur le marché d'autres produits : le surinabant, la gabapentine, la dianicline, le GSK GW 468816, etc.
- ❑ De nombreuses firmes pharmaceutiques développent actuellement divers types de **vaccin antinicotine**.

Principes de base

- → La quantité de nicotine et la vitesse d'accès aux récepteurs cérébraux sont essentielles pour le développement de la dépendance ;
- → La molécule de nicotine est trop petite pour être immunogène. Par contre, quand elle est couplée à une molécule vectrice et injectée, elle provoque la synthèse d'anticorps antinicotine ;
- → La nicotine de la fumée une fois absorbée se combine avec les anticorps antinicotine et forme une grosse molécule qui franchit moins bien (40 %) la barrière hémato - encéphalique ;
- → La nicotine inhalée avec la fumée voit son effet de "récompense" fortement limité, ce qui réduit le risque de rechute après arrêt. Le vaccin antinicotinique n'agit évidemment pas sur le syndrome de privation.

La vaccination au moment de l'arrêt pourrait s'appliquer à la prévention des rechutes. Si son efficacité et son innocuité sont démontrées formellement, on pourrait même imaginer de l'administrer aux adolescents à haut risque pour prévenir l'initiation tabagique ou à des femmes enceintes, mais ceci n'est pas sans poser des problèmes éthiques.

➲ B.1.6. Conclusions

La pharmacothérapie d'aide à l'arrêt s'enrichit d'année en année.

Le choix des produits à utiliser et de leurs combinaisons résultera de l'expertise du thérapeute et sera individualisé en fonction :

- → des caractéristiques des produits ;
- → des caractéristiques du fumeur (contre - indications, co - morbidités) et de son comportement tabagique (situation dans le cycle, degré de motivation, degré de dépendance) ;
- → des préférences du patient (par ex. pour le choix du substitut nicotinique).

Chez les fumeurs décidés à l'arrêt, la **nicotine** garde des indications spécifiques comme la grossesse ou les traitements au long cours chez les fumeurs n'arrivant pas à rester abstinents sans elle. Le **bupropion** est actif mais comporte assez bien de contre - indications. La **varénicline** est aujourd'hui le produit le plus actif, mais entraîne assez souvent des nausées et l'on manque encore de données pour les groupes de fumeurs avec certaines co - morbidités.

Comme la plupart des petits fumeurs et fumeurs "sociaux" ressentent, après l'arrêt, des "cravings" et échouent souvent dans leurs tentatives d'arrêt, il ne faut pas leur refuser la pharmacothérapie.

Quel que soit le choix, la pharmacothérapie de l'arrêt n'est pas une panacée et devra s'accompagner, pour certains, d'une approche psycho - comportementale parfois prolongée, indispensable à l'obtention de résultats à long terme.

Chez les fumeurs qui ne veulent pas arrêter, l'entretien motivationnel sera essentiel. Il peut s'accompagner d'une forme buccale de nicotine pour les abstinences discontinues, ainsi que dans le cadre d'une limitation tabagique, comme étape vers l'arrêt.

B.2. Approches non – médicamenteuses [53→59]

Diverses méthodes non - médicamenteuses sont proposées pour arrêter de fumer. Sur base d'études scientifiques, on peut à l'heure actuelle faire une distinction entre les méthodes efficaces et les méthodes non efficaces. Certaines interventions peuvent être considérées comme thérapies complémentaires à titre de confort.

Méthodes efficaces

Accompagnement individuel : Il augmente de 56 % les chances d'arrêter de fumer. La forme cognitivo - comportementale de cette approche justifie son efficacité (identification des situations à risques, facultés d'adaptation, prévention des rechutes). L'efficacité de cette intervention augmente avec son intensité (nombre et durée des sessions, temps total investi).

Accompagnement de groupe : Il augmente les chances d'arrêter de fumer avec une efficacité équivalente à l'accompagnement individuel. Les chiffres relatifs à l'efficacité de ces deux formes d'intervention sont identiques, à condition qu'elles soient appliquées avec la même intensité.

Ces deux types d'accompagnements sont proposés à divers endroits, par différents soignants, dans différents contextes. Les soignants reconnus comme tabacologues peuvent a priori être consultés pour ces approches.

L'entretien d'accompagnement peut prendre différentes formes:

- Le conseil minimal (Plan d'Intervention Minimal – PIM).
  Il se caractérise notamment par sa courte durée (quelques minutes). Il se situe plutôt dans un cadre opportuniste : le fumeur ne consulte pas nécessairement pour un problème en relation avec l'arrêt du tabagisme ou ne souhaite pas d'entretien prolongé. Le dispensateur de soin pourra adopter une attitude plus directive.
- Counselling comportemental
  Il peut inclure plusieurs comportements problématiques (tabagisme, consommation d'alcool, etc.) et prend plus de temps (5 à 30 minutes). Cette intervention peut être située dans un contexte opportuniste, mais se déroulera le plus souvent dans le cadre d'une assistance spécifique. Le patient est demandeur d'un contact plus intense. Le counselling comportemental associe, à l'approche comportementale, des éléments visant à une meilleure connaissance des problèmes liés à l'usage du tabac.
- Entretien motivationnel
  Il s'agit d'une forme plus spécialisée d'entretien thérapeutique qui nécessite beaucoup de temps et requiert une formation spécifique. Les principes de base de l'approche motivationnelle seront exposés plus loin (voir B.3. Approche à l'officine).

Méthodes non efficaces

Acupuncture, acupressure, thérapie au laser ou électrostimulation : L'efficacité de ces formes d'intervention dans le traitement du sevrage tabagique n'est pas établie avec évidence. Soit elles n'ont pas été étudiées (thérapie au laser, acupressure, électrostimulation) ou les études actuellement disponibles ne permettent pas de conclure à une efficacité spécifique (acupuncture) ;

Hypnose (hypnothérapie) : Les études n'ont pas démontré d'efficacité de l'hypnose dans le sevrage tabagique ;

Thérapie par l'exercice physique : Bien que l'exercice physique et le sport soient fréquemment conseillés lors de la cessation tabagique, leur efficacité comme moyen d'aide au sevrage tabagique reste marginale ;

Thérapies d'aversion[5] : On dispose actuellement de trop peu d'évidences pour conclure à l'efficacité de cette intervention, qui, en outre, comporte des risques ;

Thérapies de confort : Dans un certain nombre de cas, les fumeurs vont rechercher des interventions complémentaires de soutien dont ils pensent qu'elles apporteront une réponse aux fonctions (psychologiques) qu'ils attribuent au tabac : maîtrise du stress, des émotions, manque de temps, etc. Bien qu'aucun effet n'ait été démontré jusqu'ici sur le sevrage tabagique, des interventions complémentaires peuvent être envisagées pour soutenir l'individu : thérapies de relaxation, entraînement autogène, yoga, sophrologie[6], homéopathie, mésothérapie[7].

Les méthodes reprises ci - dessus comme non efficaces font partie des thérapies à effet placebo, qui donnent de meilleurs résultats que l'absence de soutien. Si le patient souhaite à tout prix faire appel (peu importe la raison) à une méthode dont aucune étude n'a démontré l'efficacité, cette demande sera néanmoins exaucée. L'effet placebo stimule bon nombre de fumeurs à renoncer effectivement au tabac.

Si le fumeur demande des informations objectives concernant les diverses méthodes non médicamenteuses et leur efficacité, il est conseillé de les lui fournir. La demande de recours à une thérapie de confort complémentaire ne doit PAS faire reporter le sevrage tabagique jusqu'à ce que la thérapie de confort ait apporté une réponse ou solutionné la demande sous - jacente. En d'autres termes, la thérapie complémentaire ne peut pas constituer un argument au report d'un sevrage tabagique basé sur des méthodes adaptées et reconnues.

B.3. Approche à l'officine [59→62]

Le contact du prestataire de soins avec le fumeur peut prendre différentes formes. Le choix de l'une ou l'autre forme d'accompagnement devra prendre en compte :

- ❑ le niveau de directivité acceptable par le patient ;
- ❑ l'urgence de la cessation tabagique ;
- ❑ le temps disponible ;
- ❑ les possibilités de mener une conversation confidentielle (infrastructure, espace, occupation du personnel etc.) ;
- ❑ le degré de formation et d'expérience du prestataire et son affinité personnelle pour le sujet (fumeur, connaissances des techniques motivationelles).

En pharmacie, l'accompagnement prendra le plus souvent la forme du conseil minimal. L'approche motivationelle est une forme plus spécialisée d'accompagnement qui exige une formation spécifique et un investissement en temps plus important. L'entretien motivationnel est envisageable en officine si l'espace, le temps, le personnel et / ou l'expertise nécessaires sont présents. Un véritable entretien motivationnel prendra place le plus souvent lors d'une consultation par un professionnel formé à cette technique (médecin généraliste, psychologue, tabacologue).

Les principes de cette approche peuvent toutefois être utiles au pharmacien et servir de base à un accompagnement plus ou moins intensif du patient qui souhaite arrêter de fumer.

Les principes fondamentaux suivants devraient régir tout contact avec un fumeur :

- → l'accompagnement aura pour objectifs, en fonction des besoins, d'informer, de motiver, de conseiller, de soutenir et de référer adéquatement le patient;
- → montrer de l'empathie («*Arrêtez de fumer est difficile / peut être difficile*»). Eviter les questions fermées, les discours culpabilisants et confrontants, rester impartial ;
- → donner une information claire, correcte et complète au patient, certainement si celui - ci la demande, sur tous les aspects du tabagisme, l'arrêt du tabagisme, les médicaments et leur utilisation ;
- → s'assurer que le patient a bien compris et retenu l'information fournie.

[5] Thérapie d'aversion : Thérapie consistant à associer une sensation désagréable au tabagisme (Exemple : fumer un maximum de cigarettes en un laps de temps minimum).
[6] Sophrologie : Signifie «Etude de la conscience en harmonie». Basée sur des exercices de respiration, de relaxation et de visualisations mentales, la sophrologie vise l'harmonie entre le corps et l'esprit par la conscience de soi et l'utilisation des ressources en soi pour améliorer la qualité de vie et / ou résoudre les situations problématiques.
[7] Mésothérapie : Procédé thérapeutique consistant en l'administration de faibles quantités de médicaments par une série de micro-injections simultanées dans le derme et l'hypoderme.

Les opportunités d'aborder le sujet du tabagisme à l'officine sont nombreuses et peuvent ou non avoir un lien direct avec celui - ci :

- ❑ délivrance de médicaments pour le traitement de **pathologies liées au tabac** (BPCO) ;
- ❑ délivrance de médicaments pour le traitement de pathologies pour lesquelles le tabac constitue un **facteur de risque** supplémentaire (asthme, hypertension, angor, troubles circulatoires, diabète, hyperlipidémies, ostéoporose, pathologies oculaires, troubles de l'érection, de la fécondité, contraceptifs, toux, grippe etc.) ;
- ❑ **femmes enceintes** ou souhaitant l'être (acide folique, test de grossesse, etc.) et leurs conjoints, femmes allaitantes, jeunes parents (laits maternisés, vitamines etc.) ;
- ❑ délivrance de médicaments pour **enfants** asthmatiques ou fréquemment malades (antibiotiques, antitussifs, gouttes etc. pour affections ORL ou des voies respiratoires) ;
- ❑ avant ou après une **opération** chirurgicale[8] (héparines, pansements etc.) ;
- ❑ délivrance de produits **cosmétiques**, de dentifrices blanchissants ;
- ❑ **adolescents** ;
- ❑ délivrance de médicaments dont le métabolisme ou l'efficacité sont influencés par le tabagisme (voir A.8. Interactions tabac – médicaments).

Dans certains cas comme la grossesse, une opération chirurgicale ou toute circonstance où la cessation tabagique est une priorité, le dispensateur de soins devrait adopter une attitude plus directive.

➲ B.3.1. Conseil minimal

Le conseil minimal se distingue par sa courte durée (quelques minutes). Il se situe plutôt dans un cadre opportuniste : le fumeur ne consulte pas nécessairement pour un problème en relation avec l'arrêt du tabagisme ou ne souhaite pas d'entretien prolongé.

Effectué avec empathie et sans jugement de valeur, il est prouvé que ce conseil minimal, donné **par un professionnel de la santé**, a un effet, bien que modeste, sur les décisions d'arrêt (1 fumeur sur 40 à 6 mois).[4→6]

➲ B.3.2. Approche motivationnelle et étapes du changement [63,64]

Au cours des années 80, les psychologues William Miller et Stephen Rollnick ont mis au point un style d'approche relationnelle qui est surtout un état d'esprit s'opposant à l'approche confrontationnelle habituelle : l'entretien motivationnel.

Pour qu'une personne s'engage dans un processus de changement, il faut :

- → que ce soit **important** pour elle de changer ;
- → qu'elle ait **confiance** en sa capacité personnelle à réaliser ce changement ;
- → que ce soit le bon moment, c'est - à - dire que ce soit devenu une question de **priorité**.

Aider au changement dans le but d'améliorer la santé est un des rôles importants du soignant. Ce dernier est souvent confronté à l'absence de motivation dans le chef du patient, qui peut se manifester par des réactions de résistance aux suggestions de changement données par le soignant.

Utiliser les techniques de l'entretien motivationnel, pour **favoriser la communication et l'écoute du patient**, ouvre des perspectives dans de nombreux domaines à l'officine : dépendance, problème d'observance, mauvaises habitudes alimentaires etc. Mais, par manque de temps, de confidentialité et / ou d'expertise, il est généralement difficile de pratiquer un entretien motivationnel complet chez une personne résistante ou non ouverte au dialogue en officine.

La motivation et la résistance ne sont pas des caractéristiques intrinsèques du patient, mais sont fortement influencées par la relation avec l'entourage et / ou le professionnel de la santé. Etre sensibilisé à la technique de l'entretien motivationnel et l'appliquer (dans la mesure de ses moyens), permet alors de réduire cette résistance, voire d'améliorer la motivation intrinsèque du patient. C'est déjà tout un programme !

[8] L'arrêt complet du tabac diminue la fréquence des complications postopératoires surtout s'il est maintenu pendant quelques semaines (4 à 6 semaines) avant toute intervention sous anesthésie générale. L'arrêt du tabac, même la veille d'une opération chirurgicale est bénéfique. Si une anesthésie totale est prévue, le tabac doit être arrêté totalement au moins 12 heures avant l'intervention..

➲ *B.3.2.1. Définition et état d'esprit*

L'entretien motivationnel est une **approche directive centrée sur la personne** visant à amener un changement de comportement, en aidant le patient à explorer et à résoudre son ambivalence, à sortir de son immobilisme. Le principe est de créer et d'amplifier dans la manière de voir du patient, une divergence entre son comportement actuel et ses valeurs de références ou ses objectifs plus généraux. Le professionnel de la santé va aider le patient à identifier ses valeurs intrinsèques, qui seront les moteurs du changement.

La motivation au changement doit venir de la **personne elle - même**, elle ne peut être imposée par l'extérieur. On constate souvent, lorsque le professionnel de la santé tend à prendre parti contre la consommation (réflexe correcteur), que la personne va argumenter en faveur de la consommation et ce d'une manière que l'on peut parfois juger totalement irrationnelle.

L'approche motivationelle, au contraire, est marquée par une **forme de partenariat**, l'entretien se déroule dans une **atmosphère empathique**, sans que le prestataire de soins ne se pose en expert. La persuasion, la confrontation agressive et l'argumentation sont des concepts opposés à l'esprit de cette méthode.

Exemple :
Patient : *"Ma toux n'a rien à voir avec ma consommation de tabac. Vous savez comme moi que par ce temps et en contact permanent avec des enfants en bas âge, on attrape tous les virus qui passent …"*
Pharmacien(ne) (confrontant) *: "Ne me dites pas qu'avec les 2 paquets de cigarettes que vous fumez par jour, cela n'irrite pas les voies respiratoires. Quoi qu'il en soit, et surtout si vous êtes en contact avec de jeunes enfants, je vous conseille d'arrêter de fumer, vous verrez rapidement un effet positif sur votre toux et votre santé en général."*
Pharmacien(ne) (non confrontant) *: "Vous pensez que votre toux peut être provoquée par une infection virale. Et vous avez probablement raison. Toutefois, fumer irrite les voies respiratoires et les rend plus sensibles à ce type d'infection. En attendant, nous allons chercher une solution pour soulager cette toux gênante."*

➲ *B.3.2.2. Conduite de l'entretien*

❑ **Exprimer de l'empathie**

L'empathie désigne une attitude envers autrui caractérisée par un **effort objectif et rationnel de compréhension intellectuelle** des ressentis de l'autre et excluant particulièrement tout entraînement affectif personnel (sympathie, antipathie) et tout jugement moral. On peut exprimer de l'empathie *soit* en exprimant directement sa compréhension, *soit* en reflétant les pensées et émotions de son interlocuteur sans porter de jugement.

Exemple : *"Vous avez traversé une épreuve particulièrement éprouvante."*

❑ **Développer la divergence**

La motivation au changement survient lorsque les gens perçoivent une contradiction entre leur comportement actuel et leurs valeurs et / ou objectifs personnels. Le travail motivationnel consiste à **relever et à renforcer ces contradictions**, afin de finalement résoudre cette dissonance cognitive. Les arguments en faveur du changement sont ceux du patient.

Exemple *: Boire de l'alcool versus être un "bon" père de famille.*

❑ **Rouler avec la résistance – Eviter les argumentations, le mot "Mais"**

Le style confrontationnel (plaidoyer pour le changement, argumenter, démontrer, prouver, faire réfléchir, persuader) renforce la résistance.

La résistance du patient peut se repérer essentiellement par quatre types d'attitude du patient :

- → Rejet de l'expertise ;
- → Désintérêt face au discours du thérapeute ;
- → Interruption défensive de son discours ;
- → Déni du problème.

Il ne faut pas s'opposer à la résistance ; elle doit être considérée comme le **signal** d'un nécessaire changement d'attitude du thérapeute.

❑ **Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle**

Le patient se sentira prêt à changer s'il a une **confiance** suffisante **en sa capacité** à mettre en oeuvre le changement et à réussir. Il est donc indispensable d'**encourager** la personne, de la **valoriser** et ce, tout au long de sa démarche.

➲ *B.3.2.3. Techniques de communication*

Les techniques "OU V E R" sont utilisées pour **ouvrir la communication**. Elles permettent dans un premier temps d'explorer l'ambivalence. Après quoi, elles seront utiles pour mettre en évidence les éléments en faveur du changement : désir, capacité, raisons et nécessité de changer.

OU	questions **OU**vertes
V	**V**alorisation
E	reflet et **E**coute active
R	**R**ésumé

❑ **Questions OUvertes**

A l'inverse des questions fermées (réponses brèves, réponses par oui ou non), les questions ouvertes favorisent l'expression des motivations intrinsèques du patient et permettent de faire ressortir ses préoccupations.

Exemples de questions ouvertes pour faire progresser le patient vers une décision d'arrêt :

Relatives à la consommation	Relatives à l'arrêt de la consommation
"Qu'est-ce vous aimez dans le fait de fumer ? "	*"Que retireriez-vous de l'arrêt de la cigarette ?"*
"Quels sont les inconvénients liés à la cigarette qui vous inquiètent le plus ? "	*"Quelles seraient vos craintes en arrêtant la consommation de tabac ? "*

Exemples de questions fermées (A éviter !) :
"Ne trouvez-vous pas qu'il serait important de diminuer votre consommation de cigarettes ?"
"Avez-vous peur de prendre du poids en arrêtant du fumer ?"

❑ **Valorisation**

Pour renforcer l'ouverture de la relation, il faut veiller à valoriser le patient et le soutenir durant tout l'entretien. Le simple fait qu'il ait envie de changer peut déjà être souligné.

❑ **Reflet et Ecoute active**

Le reflet permet à l'intervenant et au patient d'être sur la même longueur d'onde et de faire ressortir les motivations du patient. Un reflet est une affirmation qui permet de **résumer et** de **compléter** ce que dit le patient et ce à deux niveaux : reflet de contenu et / ou de sentiment.

Exemple :
Patient : *"Si j'essaie d'arrêter mes cigarettes, je ne tiendrai pas trois jours."*
Pharmacien(ne) (reflet simple) : *"Vous ne voyez pas comment vous pourriez arrêter de fumer."*
Pharmacien(ne) (double reflet, tient compte de l'ambivalence de la personne) : *"D'une part, vous avez envie d'arrêter de fumer et, en même temps, vous manquez de confiance en vous pour aller au bout de cette décision."*

Certaines réactions sont des **freins à l'écoute active** : conseiller, fournir des solutions, dire aux gens ce qu'ils doivent faire, juger, critiquer, argumenter, moraliser, étiqueter, démontrer, rassurer, se mettre en retrait ou changer de sujet, etc.

→ Le piège de l'expertise
Le professionnel de la santé peut donner l'impression qu'il a réponses à toutes les questions, ce qui tient le patient dans une passivité incompatible avec l'objectif qui est de résoudre par lui - même son ambivalence. Dans l'entretien motivationnel, on considère que **le patient est l'expert** dans le sens où il sait mieux que quiconque quels sont ses objectifs, valeurs, compétences et motivations.

→ L'étiquetage
Vouloir faire accepter au patient une étiquette (alcoolique, dépendant etc.) est **dévalorisant**, jugeant, inefficace et devient rapidement un obstacle à la progression.

❑ **Résumé**

Les résumés permettent de renforcer les éléments qui viennent d'être discutés et **témoignent de l'écoute de l'intervenant**. Ils permettent également de souligner une ambivalence, de faire ressortir un élément important de la motivation du patient et de dégager des pistes stratégiques de changement.

Exemple :
"Si je résume, depuis 4 ans, vous fumez, cela correspond à votre changement de travail. Cela vous détend, vous vous retrouvez au coin fumeurs entre collègues et vous trouvez ces rendez - vous très conviviaux. Par ailleurs, vous constatez une diminution de vos performances sportives et cela vous dérange de plus en plus …"

L'objectif de l'approche motivationnelle est d'aider la personne à explorer son vécu et son ambivalence et à identifier ses valeurs intrinsèques, afin que la motivation de changer de comportement vienne de la personne elle – même. En tant que prestataire de soin, il est important de pouvoir évaluer à quel stade de motivation au changement se trouve le patient. Par les questions ouvertes, les reflets, les résumés, il est possible de faire ressortir les inconvénients du statu quo, les avantages du changement, la confiance et l'optimisme concernant le changement et l'intention de changer.

C. BONNES PRATIQUES EN OFFICINE

C.1. Approche du patient fumeur à l'officine[21,65,66→70]

Le pharmacien a un rôle important à jouer dans la prévention des maladies par la promotion d'un mode de vie sain. Promouvoir la cessation tabagique auprès des fumeurs est une manière concrète d'améliorer leur santé et celle de leur entourage.

Le rôle du pharmacien auprès du patient fumeur est multiple : sensibiliser le patient à l'arrêt du tabagisme, l'informer de l'effet du tabagisme sur son traitement médicamenteux, sa santé ou son entourage, le motiver à arrêter de fumer et / ou l'accompagner dans le processus de cessation tabagique, notamment au niveau médicamenteux.

Avant tout, le pharmacien doit affirmer l'officine comme un espace sans tabac et donner au patient un signe clair qu'il peut le conseiller et l'aider dans sa démarche, par l'apposition d'affiches et la mise à disposition de dépliants informatifs, par exemple.

Un simple questionnement ou conseil minimal donné aux patients qui fréquentent l'officine peut permettre de susciter ou de renforcer chez ceux - ci la motivation à cesser de fumer. En demandant au patient son statut tabagique et en lui recommandant fermement d'arrêter de fumer, le pharmacien témoigne de son intérêt pour son patient, ouvre le dialogue autour du tabac et se positionne comme un interlocuteur privilégié. Les opportunités d'aborder le sujet du tabagisme à l'officine sont nombreuses et peuvent ou non avoir un lien direct avec celui - ci (par exemple, délivrance de sirop contre la toux, enfants asthmatiques, dentifrice blanchissant, grossesse ou désir de grossesse).

La question «*Quelle est votre motivation à arrêter de fumer ?*» permet d'évaluer facilement le stade de motivation à l'arrêt du patient et d'y adapter son intervention. Les objectifs et stratégies à adopter en fonction du stade de changement sont présentés dans le tableau 11 et la figure 6.
L'accompagnement d'un fumeur qui souhaite arrêter de fumer dans un délai plus ou moins court pourra prendre une forme plus ou moins intense en fonction du désir du patient et des possibilités du pharmacien. Le pharmacien devra également évaluer si le renvoi du patient vers le médecin ou une aide spécialisée est nécessaire.

Stades de changement	
1. PRÉINTENTION	FUMEUR SATISFAIT : Le fumeur ne considère pas ou ne veut pas considérer sa consommation de tabac comme un problème. Objectifs et stratégies d'intervention : • Respectez sa position. Soulignez le lien entre ses plaintes et le tabagisme. Amenez - le à réfléchir sur le problème (approche motivationnelle) : *"Peut – être votre toux est – elle causée par une infection virale, mais il est prouvé qu'il existe un lien entre la toux et le tabagisme".* • Notez le statut tabagique et la date dans le dossier pharmaceutique afin d'y revenir ultérieurement. • Eventuellement, proposez une information (brochure, ligne Tabac - Stop 0800 111 00).
2. INTENTION	FUMEUR AMBIVALENT : **Il y a prise de conscience.** Le patient a intégré le fait qu'une consommation, au départ ponctuelle, est devenue plus qu'une habitude, qu'il est devenu dépendant. Il a conscience des conséquences néfastes du tabagisme, mais ne se sent pas concerné. Il perçoit à la fois les plaisirs et les risques du tabagisme, d'où une tension intérieure (dissonance cognitive), mais ne voit pas la nécessité de changer de comportement. Objectifs et stratégies d'intervention : • Soulevez les raisons personnelles qui entrent en jeu dans la décision : identifiez les points positifs et négatifs du tabagisme, les raisons du souhait de l'arrêt, identifiez les croyances, les craintes et connaissances (approche motivationnelle) : *"Qu'est - ce vous aimez dans le fait de fumer ?"* *"Quels sont les inconvénients liés à la cigarette qui vous inquiètent le plus ?"* *"Que craignez - vous en arrêtant de fumer ?"* *"Que retireriez - vous de l'arrêt de la cigarette ? Pourquoi souhaiteriez – vous arrêter ?"* • Résumez et répétez les avantages de la cessation tabagique. Complétez si nécessaire. • Proposez une information (brochure, ligne Tabac - Stop 0800 111 00). • Exprimez votre soutien, votre disponibilité.
3. PRÉPARATION	FUMEUR PRET A L'ARRET : La personne est consciente de l'intérêt de l'arrêt de sa consommation MAIS y reste attachée. Les avantages de l'arrêt se montrent plus marquants. L'action d'arrêt est envisagée (dans le mois qui suit), mais n'est pas encore précise dans le temps. La personne commence à s'y préparer. Objectifs et stratégies d'intervention : • Amenez le patient à prendre une décision : *"Que craignez - vous en arrêtant de fumer ?"* *"Que retireriez - vous de l'arrêt de la cigarette ?"* • Résumez et augmentez son niveau de connaissance : informations sur le sevrage et les aides au sevrage (médecin, centres spécialisés, tabacologues et médicaments d'aide à l'arrêt) : *"Savez – vous qu'il existe différents médicaments pour arrêter de fumer ? Que savez - vous à ce propos ? Qu'en pensez – vous ?"* • Renvoyez chez le médecin pour les situations plus difficiles (Voir C.3. Directives pour le renvoi du patient). • Encouragez la décision d'arrêt.

4. ACTION	FUMEUR QUI ARRETE : La personne a confiance en ses capacités de changement . C'est le bon moment pour elle. Elle voit, dans ce changement, une amélioration de sa qualité de vie (par exemple), origine de sa motivation. Elle veut mettre en concordance son comportement et ses motivations intrinsèques. C'est une étape difficile, qui nécessite beaucoup de soutien et de valorisation de la part des soignants et de l'entourage. Objectifs et stratégies d'intervention : • Valorisez la décision et encouragez le patient. • Donnez des informations précises sur les moyens d'action (prise correcte des médicaments, conseils pratiques et hygiéno - diététiques). • Soutien et suivi du sevrage, importance de la fréquence des contacts : *"Comment vous sentez - vous maintenant que vous avez arrêté de fumer ?"* *"Quels sont pour vous les aspects positifs de la cessation tabagique ?"* • Résumez et valorisez les points positifs du sevrage. • Référez à un spécialiste en cas de symptômes de sevrage importants (état dépressif par ex.).
5. PERSÉVÉRANCE	EX-FUMEUR SATISFAIT : La personne a arrêté depuis plus de 6 mois. Elle a le sentiment d'être capable de s'en passer, ce qui favorise l'estime de soi. Elle tente aussi de trouver des alternatives à cette consommation. Objectifs et stratégies d'intervention : • L'objectif principal de cette étape est d'éviter la rechute : ❑ Résumez et valorisez les acquis (goût amélioré, meilleure haleine, économie etc.) : *"Quels sont pour vous les aspects positifs de la cessation tabagique ?"* ; ❑ Stabilisez le changement comportemental (hygiène de vie, maintien du poids etc.) ; ❑ Rappelez régulièrement les motivations à l'origine du changement. • De nouvelles motivations peuvent émerger : sentiment de liberté, amélioration de la confiance personnelle, économie etc. • A l'inverse, de nouvelles questions peuvent survenir : les avantages espérés sont - ils présents ? Des inconvénients imprévus ne viennent - ils pas perturber la décision ? *"Je ne me sens pas mieux que quand je fumais. Je tousse toujours et ma tension artérielle est toujours élevée, ce qui m'oblige à prendre encore plus de médicaments."* • Si de nouvelles difficultés apparaissent, un renvoi chez le médecin s'impose.
RECHUTE	La personne doit être rassurée. "Craquer" est humain. Les rechutes font partie du processus d'arrêt et sont très fréquentes. La plupart des ex – fumeurs ont fait plusieurs tentatives avant d'y parvenir. Ce n'est pas catastrophique, pour autant que l'on puisse trouver en soi les motivations pour se relever. Objectifs et stratégies d'intervention : • Résumez et valorisez la tentative : *"Je comprends que vous soyez déçu d'avoir recommencé à fumer après 4 semaines d'arrêt, mais d'autre part, vous avez réussi à arrêter de fumer pendant 4 semaines !"* • Ecoute empathique, questions ouvertes et résumés permettront de comprendre l'origine du découragement et de la rechute : *"Comment se fait - il que vous ayez recommencé à fumer ?"* *"Quelles difficultés avez - vous rencontrées ?"* • Résumez et demandez au patient ce qui pourrait l'aider à surmonter les difficultés rencontrées lors d'une tentative ultérieure. Augmentez la confiance : *"Vous avez arrêté de fumer pendant 4 semaines, c'est déjà une réussite. Quelles sont les motivations qui vous pousseraient à réessayer d'arrêter ? Quels seraient les moyens complémentaires nécessaires pour une prochaine tentative de sevrage ?"* • Référez au médecin si nécessaire. Informez de l'existence de structures spécialisées.

Tableau 11 : Objectifs et stratégies à adopter en fonction du stade de changement

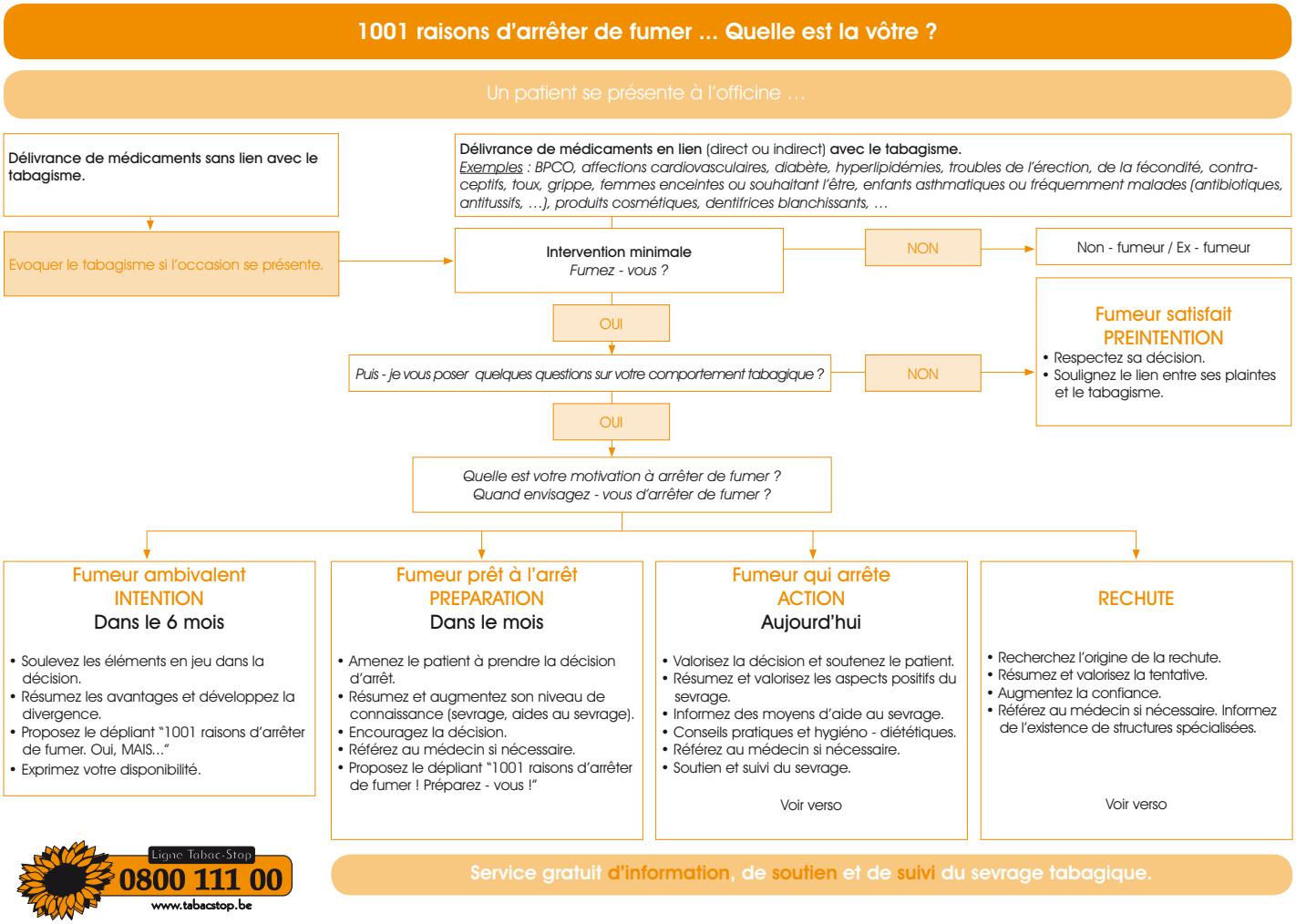
1001 raisons d'arrêter de fumer ... Quelle est la vôtre ?
Un patient se présente à l'officine …
Délivrance de médicaments sans lien avec le tabagisme.
Evoquer le tabagisme si l'occasion se présente.
Délivrance de médicaments en lien (direct ou indirect) avec le tabagisme.
Exemples : BPCO, affections cardiovasculaires, diabète, hyperlipidémies, troubles de l'érection, de la fécondité, contraceptifs, toux, grippe, femmes enceintes ou souhaitant l'être, enfants asthmatiques ou fréquemment malades (antibiotiques, antitussifs, …), produits cosmétiques, dentifrices blanchissants, …
Intervention minimale
Fumez - vous ?
NON
Non - fumeur / Ex - fumeur
OUI
Puis - je vous poser quelques questions sur votre comportement tabagique ?
NON
Fumeur satisfait
PREINTENTION
• Respectez sa décision.
• Soulignez le lien entre ses plaintes et le tabagisme.
OUI
Quelle est votre motivation à arrêter de fumer ?
Quand envisagez - vous d'arrêter de fumer ?
Fumeur ambivalent
INTENTION
Dans le 6 mois
• Soulevez les éléments en jeu dans la décision.
• Résumez les avantages et développez la divergence.
• Proposez le dépliant "1001 raisons d'arrêter de fumer. Oui, MAIS..."
• Exprimez votre disponibilité.
Fumeur prêt à l'arrêt
PREPARATION
Dans le mois
• Amenez le patient à prendre la décision d'arrêt.
• Résumez et augmentez son niveau de connaissance (sevrage, aides au sevrage).
• Encouragez la décision.
• Référez au médecin si nécessaire.
• Proposez le dépliant "1001 raisons d'arrêter de fumer ! Préparez - vous !"
Fumeur qui arrête
ACTION
Aujourd'hui
• Valorisez la décision et soutenez le patient.
• Résumez et valorisez les aspects positifs du sevrage.
• Informez des moyens d'aide au sevrage.
• Conseils pratiques et hygiéno - diététiques.
• Référez au médecin si nécessaire.
• Soutien et suivi du sevrage.
Voir verso
RECHUTE
• Recherchez l'origine de la rechute.
• Résumez et valorisez la tentative.
• Augmentez la confiance.
• Référez au médecin si nécessaire. Informez de l'existence de structures spécialisées.
Voir verso
Ligne Tabac-Stop
0800 111 00
www.tabacstop.be
Service gratuit d'information, de soutien et de suivi du sevrage tabagique.

Figure 6 : Approche du patient fumeur à l'officine

C.2. Informations et conseils pratiques au fumeur

La réduction de la consommation journalière ou la consommation de cigarettes légères, pauvres en goudron et en nicotine, peuvent être un premier pas vers un arrêt définitif mais, généralement, le fumeur adaptera sa façon de fumer en inhalant plus intensément, afin de maintenir inchangé son taux sanguin de nicotine et, finalement, sera toujours exposé à la fumée de cigarette toxique et cancérigène.

Les cigarettes sans tabac, aux plantes ne sont pas une solution pour arrêter de fumer : persistance de la gestuelle, exposition aux composants toxiques de la fumée, syndrome de manque par absence de nicotine.

A propos de son environnement :

- → informer l'entourage familial, amical et professionnel du souhait et / ou de la décision d'arrêter de fumer et solliciter son soutien ;
- → éliminer paquets de cigarettes, briquets et cendriers ;
- → nettoyer la voiture, les rideaux etc..

A propos de ses habitudes de vie :

- → s'abstenir totalement de fumer. La reprise d'une seule cigarette, même d'une seule bouffée, suffit à réactiver la dépendance et à induire la rechute ;
- → éviter les endroits enfumés et si nécessaire, pour un temps, les amis fumeurs ;
- → identifier les situations associées à la prise d'une cigarette. Distinguer les cigarettes «plaisir» (à la fin du repas etc.), des cigarettes «réflexe» (au téléphone etc.) ou «besoin» (au réveil etc.) et proposer de changer les habitudes, les rituels, de mettre en place des stratégies de remplacement : griffonner en parlant au téléphone, mâcher un

chewing - gum en conduisant, sucer une pastille à la menthe à la fin du repas etc. ;
- → en cas de pulsion à fumer, mettre en place des stratégies de diversion : se brosser les dents, ouvrir la fenêtre, boire un grand verre d'eau, prendre un chewing - gum ou une pastille à la menthe sans sucre, un substitut nicotinique oral, manger un fruit, inspirer et expirer profondément, changer très rapidement d'occupation, quitter la pièce, téléphoner à un ami, se dire que cela ne va pas persister et attendre quelques minutes. Avertir le patient que les pulsions peuvent survenir même plusieurs mois après le sevrage, mais qu'au fil du temps, elles diminuent en fréquence et en intensité ;
- → en cas de tension, de stress, faire du sport, une promenade, prendre l'air ou un bain chaud ;
- → se faire plaisir par exemple en s'achetant quelque chose avec l'argent épargné.

A propos des symptômes de sevrage :

Le syndrome de sevrage se manifeste par différents signes : besoin impérieux de nicotine, humeur dysphorique ou dépressive, insomnie, irritabilité, frustration, colère, anxiété, difficulté de concentration, fébrilité, diminution du rythme cardiaque, constipation, augmentation de l'appétit et prise de poids. Les manifestations de sevrage sont importantes surtout la première semaine. Certains signes peuvent persister pendant plusieurs mois (Voir Tableau 12).

A propos de la prise de poids :

La crainte de la prise de poids est, particulièrement pour les femmes, un frein à l'arrêt du tabagisme. Il ne faut pas minimiser l'importance de cet aspect, mais au contraire en parler au patient et le rassurer, l'informer des possibilités de limiter le gain pondéral et lui rappeler les bénéfices de la cessation tabagique.

Les fumeurs pèsent en moyenne entre 2 et 4 kg de moins que les non-fumeurs. L'arrêt du tabac s'accompagne d'une prise de poids modérée ; le fumeur retrouve généralement le poids qu'il aurait en tant que non-fumeur. Cette prise de poids peut s'expliquer par une diminution du métabolisme de base et une augmentation de l'appétit consécutive à la disparition de l'effet anorexigène de la nicotine et à l'amélioration du goût et de l'odorat.

Il est possible de limiter le gain pondéral quand on arrête de fumer !
- → Les traitements pharmacologiques (TSN, bupropion, varénicline) permettent de retarder et / ou de modérer la prise de poids et d'éviter les compensations «boulimiques» ;
- → Il n'est pas nécessaire, ni d'ailleurs conseillé d'entamer un régime alimentaire strict en même temps que le sevrage ;
- → Une alimentation saine permet d'éviter une prise de poids excessive :
  - ❑ prendre un petit déjeuner équilibré, des repas réguliers ;
  - ❑ manger lentement en mâchant bien ;
  - ❑ éviter les grignotages entre les repas (chips, chocolats etc.) ou prévoir une collation de fruits ou légumes vers 10 et 16 h ;
  - ❑ limiter les graisses (sauces, charcuteries, fritures etc.), les sucreries, les excitants comme le café. Il est conseillé de limiter la consommation de café lors du sevrage tabagique, sans pour autant la supprimer totalement, l'effet psychostimulant de la caféine pouvant contribuer à diminuer la somnolence et le ralentissement psychologique du sevrage tabagique ;
  - ❑ consommer beaucoup de fruits et légumes ;
  - ❑ boire beaucoup d'eau ;
  - ❑ réduire voire supprimer la consommation d'alcool, riche en calories et favorisant les pulsions à fumer ;
  - ❑ quitter la table lorsque le repas est terminé ;
  - ❑ remplacer la cigarette de fin de repas par un fruit (à peler) ;
- → Une activité physique régulière et / ou augmentée permet de limiter la prise de poids.

A propos des rechutes :[71]

Seule une minorité de fumeurs arrêtent définitivement de fumer en un seul essai. Plusieurs tentatives sont souvent nécessaires pour que l'ex - fumeur en arrive à une cessation définitive.

75 à 80 % des reprises surviennent dans les 6 mois qui suivent le sevrage. La rechute doit être considérée comme le reflet de la nature chronique de la dépendance et non comme un échec. Elle fait partie intégrante du cycle de cessation. L'analyse des causes de sa survenue peut permettre d'augmenter les chances de réussite de la tentative suivante.

Facteurs de risque de rechute

- → sous - dosage du TSN, mauvaise observance du traitement ou traitement trop court ;
- → accompagnement professionnel insuffisant ;
- → apparition d'un syndrome dépressif ;
- → solitude, ennui, stress ;
- → pression sociale ;
- → fréquentation de fumeurs ou de lieux enfumés ;
- → impulsions liées aux circonstances de la vie quotidienne : fin de repas, consommation de boissons alcoolisées, pause - café, embouteillages, coup de téléphone, etc. ;
- → problèmes familiaux, professionnels ;
- → prise de poids, etc.

Plainte	Que faire ?
Insomnie • Problème d'endormissement ou de réveil avec persistance de l'envie de fumer • Réveils multiples et rêves fréquents • Réveils nocturnes, ruminations, cauchemars, fatigue intense au réveil	Diminuer la consommation de café. Eviter d'en boire après 15 h – 16 h. • Adaptation du traitement (sous - dosage en nicotine) • Oter le patch au coucher (surdosage en nicotine) • Syndrome dépressif – Consultation médicale
Pulsion à fumer	• Adaptation du traitement (sous - dosage en nicotine) ; • Conseils pratiques : ouvrir la fenêtre, boire un grand verre d'eau, prendre un chewing - gum ou une pastille à la menthe sans sucre, un substitut nicotinique oral, manger un fruit, inspirer et expirer profondément, changer très rapidement d'occupation, quitter la pièce, téléphoner à un ami, attendre quelques minutes.
Nervosité, irritabilité	• Adaptation du traitement (sous - dosage en nicotine) ; • Conseils pratiques : faire du sport, une promenade, prendre l'air ou un bain chaud, respirer profondément, etc.
Difficulté de concentration, fatigue	Faire des pauses régulièrement, changer d'activité.
Chute de motivation / Sentiment de privation	• Valoriser le patient, les résultats obtenus ; • Se faire plaisir par exemple en s'achetant quelque chose avec l'argent épargné
Humeur dépressive	Consultation médicale
Céphalées	• Boire beaucoup d'eau ; • Calme et repos ; • Analgésique.
Prise de poids	Informer le patient sur la prise de poids et les moyens de la limiter : • Règles hygiéno - diététiques : alimentation saine, activité physique etc. ; • Pas de régime strict ; • Traitement pharmacologique d'aide au sevrage; • Consultation diététique.
Constipation	• Boire beaucoup d'eau ; • Manger beaucoup de fruits, de légumes, de céréales complètes ; • Activité physique ; • Laxatif doux.
Rechute	Eviter les facteurs de risque de rechute (voir ci - dessus).

Tableau 12 : Symptômes de sevrage – Conseils pratiques

C.3. Directives pour le renvoi du patient

➲ C.3.1. Patient qui souhaite arrêter de fumer

Il convient d'orienter vers un médecin, un tabacologue ou un centre spécialisé :

- → les fumeurs très dépendants et / ou ayant rechuté plusieurs fois ;
- → les patients présentant des troubles psychiatriques, une co - morbidité ou des antécédents anxio - dépressifs[9] ;
- → les patients présentant une conduite addictive associée (alcool, cannabis, etc.)[10] ;
- → les patients utilisant des médicaments dont le métabolisme et / ou l'efficacité est influencé par le tabagisme, particulièrement pour les médicaments à marge thérapeutique étroite comme la théophylline ou chez les patients diabétiques insulinodépendants[11] ;
- → les femmes enceintes ou allaitantes fortement dépendantes ;
- → les adolescents ;
- → les patients souffrant d'une pathologie nécessitant une substitution nicotinique sous contrôle médical :
  - angine de poitrine ;
  - infarctus du myocarde récent ;
  - arythmies cardiaques sévères ;
  - hypertension systémique ;
  - maladies vasculaires périphériques ;
  - ulcère peptique ;
  - hyperthyroïdie ;
  - diabète insulino - dépendant ;
  - phéochromocytome.

➲ C.3.2. Patient en cours de traitement médicamenteux d'aide au sevrage tabagique

- → la détection de contre - indications absolues au traitement ou d'une interaction très grave doit être signalée au médecin dans les plus brefs délais ;
- → les interactions graves et contre - indications relatives ne constituent pas une contre - indication à la délivrance, mais il est nécessaire de s'assurer auprès du médecin qu'il en a connaissance ;
- → en présence d'effets indésirables, de symptômes de sur- ou sous-dosage en nicotine, il est utile de vérifier avec le patient la bonne compliance, le bon usage du médicament (dose, mode d'emploi) et l'adéquation de la forme galénique. Le cas échéant, le traitement devra être adapté. Contacter ou renvoyer le patient chez le médecin si nécessaire ;
- → orienter le patient vers la consultation médicale en cas de survenue d'un état anxio - dépressif en cours de sevrage.

[9] La nicotine inhalée parvenant brutalement au niveau des récepteurs nicotiniques provoque une libération de sérotonine et de noradrénaline. Ainsi, en fumant, certains fumeurs au profil dépressif ou dysthymique régulent leur taux de sérotonine. A l'arrêt du tabac, un état dépressif ou anxieux peut se manifester et compromettre le sevrage chez ces personnes.

[10] Une co - addiction est susceptible de réduire les chances de succès de l'arrêt du tabac si elle n'est pas prise en compte conjointement.

[11] L'adaptation du dosage des médicaments influencés par le tabagisme n'est, pour la plupart, pas nécessaire d'emblée. Pour ces médicaments, quand ils sont utilisés à doses plus élevées chez le fumeur, il convient de référer le patient qui souhaite arrêter de fumer vers le médecin et / ou de surveiller l'apparition d'effets indésirables à l'arrêt du tabagisme.

C.4. Suivi pharmaceutique

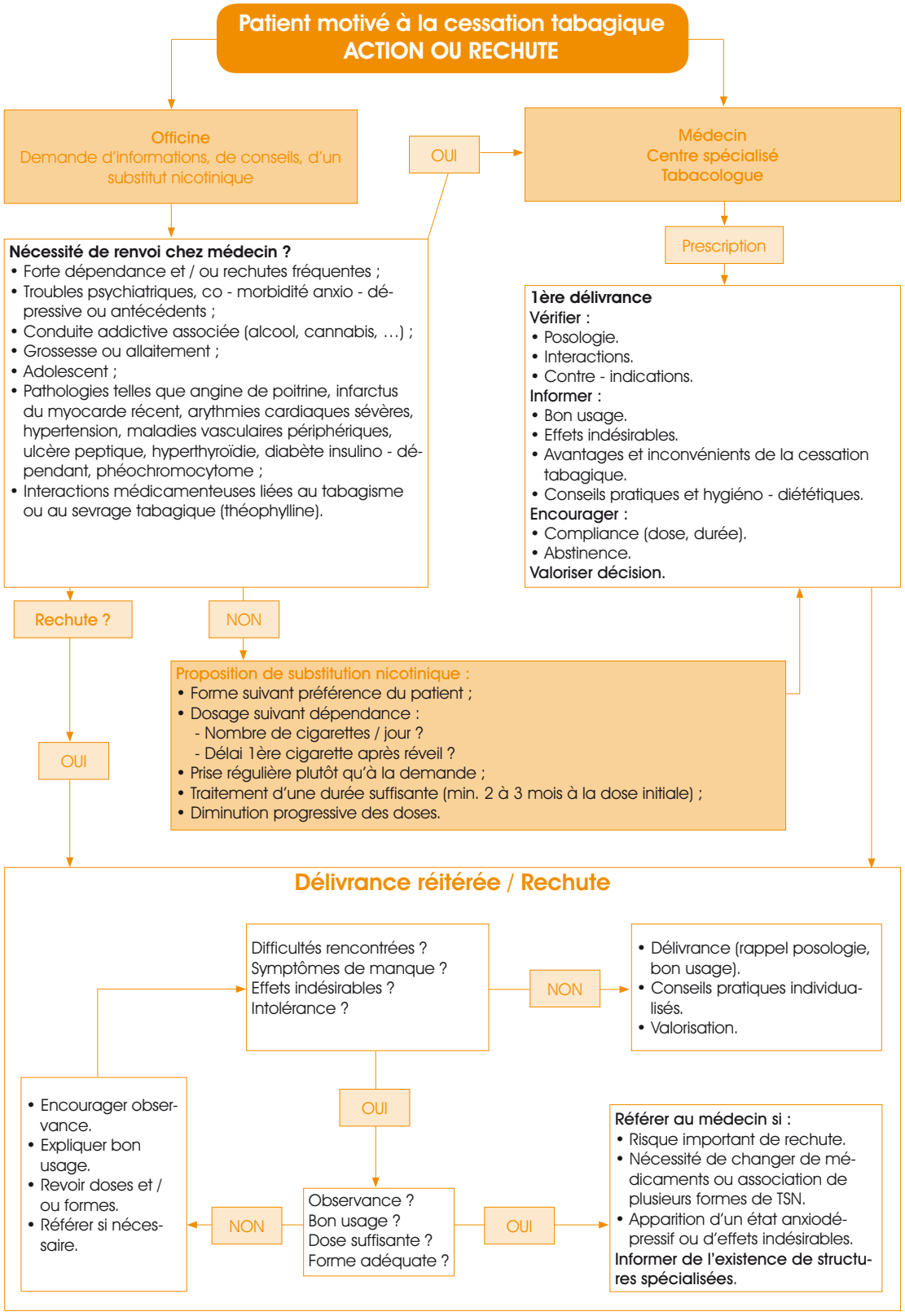
Patient motivé à la cessation tabagique
ACTION OU RECHUTE
Officine
Demande d'informations, de conseils, d'un substitut nicotinique
OUI
Médecin
Centre spécialisé
Tabacologue
Prescription
Nécessité de renvoi chez médecin ?
• Forte dépendance et / ou rechutes fréquentes ;
• Troubles psychiatriques, co - morbidité anxio - dépressive ou antécédents ;
• Conduite addictive associée (alcool, cannabis, …) ;
• Grossesse ou allaitement ;
• Adolescent ;
• Pathologies telles que angine de poitrine, infarctus du myocarde récent, arythmies cardiaques sévères, hypertension, maladies vasculaires périphériques, ulcère peptique, hyperthyroïdie, diabète insulino - dépendant, phéochromocytome ;
• Interactions médicamenteuses liées au tabagisme ou au sevrage tabagique (théophylline).
1ère délivrance
Vérifier :
• Posologie.
• Interactions.
• Contre - indications.
Informer :
• Bon usage.
• Effets indésirables.
• Avantages et inconvénients de la cessation tabagique.
• Conseils pratiques et hygiéno - diététiques.
Encourager :
• Compliance (dose, durée).
• Abstinence.
Valoriser décision.
Rechute ?
NON
OUI
Proposition de substitution nicotinique :
• Forme suivant préférence du patient ;
• Dosage suivant dépendance :
- Nombre de cigarettes / jour ?
- Délai 1ère cigarette après réveil ?
• Prise régulière plutôt qu'à la demande ;
• Traitement d'une durée suffisante (min. 2 à 3 mois à la dose initiale) ;
• Diminution progressive des doses.
Délivrance réitérée / Rechute
Difficultés rencontrées ?
Symptômes de manque ?
Effets indésirables ?
Intolérance ?
NON
• Délivrance (rappel posologie, bon usage).
• Conseils pratiques individualisés.
• Valorisation.
OUI
• Encourager observance.
• Expliquer bon usage.
• Revoir doses et / ou formes.
• Référer si nécessaire.
NON
Observance ?
Bon usage ?
Dose suffisante ?
Forme adéquate ?
OUI
Référer au médecin si :
• Risque important de rechute.
• Nécessité de changer de médicaments ou association de plusieurs formes de TSN.
• Apparition d'un état anxiodépressif ou d'effets indésirables.
Informer de l'existence de structures spécialisées.

Figure 7 : Suivi pharmaceutique

Noter dans le dossier pharmaceutique du patient son statut de fumeur, le stade de motivation et les tentatives de sevrage afin de redemander ultérieurement au patient où il en est : annuellement pour un fumeur satisfait, à intervalles plus rapprochés pour les autres stades de motivation.

➲ C.4.1. Première délivrance

Substituts nicotiniques

La délivrance des substituts nicotiniques, en vente libre, doit se faire au nom du patient, même s'ils sont délivrés à l'initiative du pharmacien, afin de retrouver ces produits dans l'historique médicamenteux du patient et de pouvoir assurer le suivi du traitement.

Il n'y a pas de contre - indication à la substitution nicotinique mais elle doit se faire sous contrôle médical dans certaines conditions (Voir C.3. Directives pour le renvoi du patient).

- → Evaluer la dépendance nicotinique du patient et déterminer ou vérifier la **posologie** (voir Tableau 13). Préciser que la posologie et la durée du traitement peuvent varier d'un patient à l'autre. Chez des fumeurs sévèrement dépendants, des associations médicamenteuses et / ou des posologies particulières (par exemple, 2 patchs / jour) sont parfois prescrites ; en cas de doute, contacter le prescripteur. Insister sur la nécessité d'une **bonne compliance**, d'éviter un sous - dosage en nicotine et des traitements incomplets trop courts ;
- → Expliquer le **mode d'emploi** des patchs, des gommes à mâcher, des comprimés à sucer ou sublinguaux, de l'inhaler (voir Tableau 13) ;

	Timbre = Patch	Gommes à mâcher, comprimés à sucer ou sublinguaux	Inhaler
POSOLOGIE **Dépendance ?**			
Dépendance modérée 1ère cig > 10 min après le réveil	15 ou 21 mg pendant 2 à 3 mois et diminution progressive jusqu'à l'arrêt complet : 10 ou 14 mg (2 - 3 semaines) 5 ou 7 mg (2 - 3 semaines) L'efficacité du patch "16 h" est similaire à celle du patch "24 h" en matière d'abstinence tabagique, mais l'envie matinale de fumer est mieux contrôlée et le sommeil plus réparateur avec le patch 24 h qu'avec le patch 16 h. La quantité de nicotine libérée par heure par les timbres "24 h" et "16 h" est équivalente. Il est donc possible de substituer un timbre "16 h" par un "24 h" *pour autant qu'il ne soit appliqué que pendant 16 heures.*	2 mg / heure (conseillé) et davantage en cas de pulsion à fumer ou ad libitum (souvent sous-dosé) pendant 2 à 3 mois et diminution progressive jusqu'à l'arrêt complet. Remarque : Les surdosages sont rares ! La dose journalière maximale la plus élevée retrouvée dans les notices des formes buccales des substituts nicotiniques est de 24 x 4 mg !	4 - 12 recharges / jour pendant 3 mois, à diminuer ensuite progressivement sur 6 - 8 semaines. Inhaler plus ou moins profondément, comme avec une cigarette, lorsque l'envie se fait sentir. Le nombre d'inhalations nécessaires, la fréquence, la durée et la technique d'inhalation varient d'une personne à l'autre. Après utilisation d'un certain nombre de recharges, le patient trouve la méthode qui lui convient le mieux et qui donne le meilleur résultat.
Dépendance sévère - 1ère cig < 10 min après le réveil ou - Test Fagerström > 7 ou - Rechute après substitution standard	Idem Eventuellement : - en combinaison avec une forme modulable : timbre à 15 ou 21 mg + 2 mg à la demande; - prolonger le traitement > 3 mois.	4 mg / heure ou à la demande Eventuellement : - en combinaison : avec le timbre 15 ou 21 mg + 2 mg à la demande; - prolonger le traitement > 3 mois.	Pas indiqué seul car libère une faible dose de nicotine.

	Timbre = Patch	Gommes à mâcher, comprimés à sucer ou sublinguaux	Inhaler
MODE D'EMPLOI			
	Appliquer le timbre à un endroit glabre, propre, sec et non apparent (par exemple au niveau de la hanche, du bras ou de la poitrine). Appuyer fortement pendant une dizaine de secondes avec la paume de la main. Choisir chaque jour un autre endroit pour éviter les réactions locales et attendre de préférence quelques jours avant de réutiliser une même zone. Ne pas découper les patchs (excepté les patchs matriciels NICOTINELL® et NICOPATCH®). Après retrait du patch, les traces de colle peuvent être facilement éliminées à l'éther. Tenir les patchs, même usagés, hors de portée des enfants (risque d'intoxication grave, voire fatale).	Ne pas manger ou boire dans les 15 minutes précédant la prise d'une forme buccale. <u>Gommes à mâcher</u> Mâcher chaque gomme lentement et par intermittence pendant 30 minutes ou jusqu'à disparition du goût. Arrêter de mâcher dès que le goût de la nicotine ou des picotements sont perçus et placer la gomme entre la joue et la gencive. Recommencer à mâcher après quelques minutes. <u>Comprimé à sucer</u> Le comprimé doit être placé dans la bouche où il va se dissoudre. Il doit régulièrement être déplacé d'un côté de la bouche à l'autre, jusqu'à dissolution complète (environ 20 à 30 minutes). Ne pas mâcher ou avaler entier. <u>Comprimés sublinguaux</u> Libérer le comprimé du distributeur par rotation et pression. Placer le comprimé sous la langue où il se dissout en environ 30 minutes. Ne pas mâcher ou avaler entier.	Insérer la cartouche dans l'inhaler. Inhaler plus ou moins profondément, comme avec une cigarette, lorsque l'envie se fait sentir. L'utilisation d'une recharge peut être répartie sur 3 heures maximum, car la concentration en nicotine diminue progressivement. Le taux de nicotine libéré diminue dans un environnement froid. Conserver l'inhaleur et les recharges au-dessus de 15°c.
EFFETS INDESIRABLES			
EFFETS INDESIRABLES GENERAUX (< 7%)	Indépendants du mode d'administration : • Vasoconstriction cutanée ; • Céphalées ; • Vertiges ; • Troubles du sommeil.		

	Timbre = Patch	Gommes à mâcher, comprimés à sucer ou sublinguaux	Inhaler
EFFETS INDESIRABLES			
EFFETS INDÉSIRABLES LOCAUX ET INCONVÉNIENTS	Irritation cutanée, hypersensibilité (rare) ; Non conseillé en cas d'affections cutanées chroniques (psoriasis, dermatite chronique etc.), de grossesse et d'allaitement.	Gommes à mâcher Inflammation (bouche et gorge), hoquet, troubles gastro-intestinaux, douleurs au niveau de la mâchoire et problèmes orodentaires. Adhérence aux prothèses dentaires. Comprimés à sucer et sublinguaux Irritation buccale, toux, hoquet, acidité gastrique, nausées.	Irritation de la gorge, sensation de brûlure buccale, toux. Faible niveau de substitution.

Tableau 13 : Posologie, mode d'emploi et effets indésirables des différents substituts nicotiniques

→ **grossesse** : Substitution nicotinique sous contrôle médical à la dose la plus faible possible suffisant à maintenir l'arrêt tabagique. La préférence est donnée aux formes orales qui limitent l'exposition du fœtus à la nicotine. En cas de nausées ou de vomissements, les patchs, utilisés uniquement en journée, peuvent être conseillés. Bien que cela ne soit pas toujours possible, la substitution nicotinique devrait idéalement être stoppée au 3ème trimestre de la grossesse ;
→ **allaitement** : Substitution nicotinique sous contrôle médical. La préférence est donnée aux formes orales et la tétée se fera avant la prise du substitut. En cas d'utilisation de patchs, on peut recommander une utilisation diurne des timbres et des tétées nocturnes ;
→ mentionner les **effets indésirables** les plus fréquents (voir Tableau 13), les symptômes de surdosage en nicotine, surtout pour les patients qui utilisent des patchs et qui seraient susceptibles de fumer en même temps ;

Symptômes de surdosage en nicotine (rarement rencontrés) :
- ❑ nausées ;
- ❑ tendances syncopales ;
- ❑ palpitations ;
- ❑ céphalées ;
- ❑ insomnies sévères ;
- ❑ diarrhée.

→ informer sur les **avantages** et les **inconvénients** (syndrome de sevrage, prise de poids, rechutes) de la cessation tabagique, mais aussi sur les mesures à prendre pour limiter ces inconvénients (voir Tableau 12) ;
→ insister sur votre **disponibilité**. Inciter le patient qui débute un sevrage à revenir régulièrement à la pharmacie, une fois par semaine au début, ou à consulter son médecin, afin d'évaluer l'efficacité du traitement, de parler des difficultés rencontrées, des rechutes, etc. ;
→ insister sur la nécessité d'une **abstinence totale** : même une seule bouffée suffit à réactiver la dépendance et à induire la rechute.

Bupropion[12], varénicline, nortryptiline

→ vérifier les **contre - indications** et les **interactions** avec le traitement habituel du patient (voir Tableau 14) ;
→ vérifier la **posologie** (voir Tableau 14). Le traitement sera commencé 8 jours au moins avant l'arrêt du tabac. L'arrêt du tabac sera généralement conseillé au cours de la deuxième semaine de traitement. Préciser que la posologie et la durée du traitement peuvent varier d'un patient à l'autre ;
→ mentionner les **effets indésirables** les plus fréquents (voir Tableau 14) ;

	BUPROPION	VARENICLINE	NORTRIPTYLINE
POSOLOGIE	Jour 1 – 6 : 150 mg (1 co) le matin ; Jour 7 – fin : 150 mg matin et soir, à au moins 8 h d'intervalle. Les comprimés, à libération prolongée, ne doivent être ni écrasés ni mâchés. **Précautions** : Posologie limitée à 150 mg + Surveillance étroite : - Insuffisance rénale et hépatique ; - Sujet âgé ; - Médicaments abaissant le seuil épileptogène ou dont le métabolisme dépend du CYP2D6 (voir ci - dessous); - Autres interactions médicamenteuse (voir ci - dessous).	Jour 1 – 3 : 0,5 mg 1 x / jour Jour 4 – 7 : 0,5 mg 2 x / jour Jour 8 – fin : 1 mg 2 x / jour Les comprimés doivent être avalés en entier, pendant ou en dehors des repas. La durée du traitement est de 12 semaines. Afin d'éviter les rechutes précoces, le patient doit être encouragé à achever le traitement.	La dose quotidienne utilisée est généralement de 75 mg. Prévenir le patient que la nortriptyline n'est pas enregistrée pour l'aide au sevrage tabagique.
CONTRE - INDICATIONS	- Hypersensibilité au bupropion ; - Epilepsie ou antécédents d'épilepsie ; - Tumeur du SNC, traumatisme crânien ; - Affection bipolaire ; - Boulimie ou anorexie (présente ou passée) ; - Alcoolisme, sevrage récent d'alcool et de sédatifs ; - Cirrhose sévère ; - Diabète traité par insuline ou hypoglycémiants ; - Administration d'IMAO dans les 15 derniers jours ; - Grossesse et allaitement.	Absence de données suffisantes pour les groupes de fumeurs avec comorbidités (troubles cardiovasculaires, respiratoires ou psychiatriques, alcoolisme, épilepsie, etc.). Contre - indiqué durant la grossesse et l'allaitement (manque de données).	

[12] Le ZYBAN® (100 co) est remboursable en catégorie B_f pour certaines patients BPCO (voir conditions sous D. Renseignements et adresses utiles).

	BUPROPION	VARENICLINE	NORTRIPTYLINE
INTERACTIONS	**Ritonavir** **Médicaments métabolisés par le CYP2D6** (ß - bloquants, anti - arythmiques, antidépresseurs ISRS, tricycliques et analogues, antipsychotiques) **Médicaments diminuant le seuil convulsif** (antipsychotiques, antidépresseurs, antihistaminiques sédatifs, théophylline, antipaludéens, tramadol, stéroïdes systémiques, quinolones) **Inhibiteurs des monoamine oxydases** (IMAO) Lévodopa Alcool	Pas d'interactions cliniquement significatives.	
EFFETS INDÉSIRABLES	**Fréquents** (> 1 % - < 10 %) Insomnies surtout si combinaison avec nicotine ; sécheresse de la bouche ; nausées. **Peu fréquents** (> 0.1 % - < 1 %) Hypertension (avec nicotine) ; constipation ; céphalées ; dépression ; anxiété. **Rares mais sévères** (0.1 %) Réactions graves d'hypersensibilité ; convulsions. L'insomnie peut être limitée en évitant de prendre le comprimé au moment du coucher, tout en respectant un intervalle minimum de 8 heures entre les deux prises.	Nausées, insomnies, céphalées et rêves anormaux. La dose peut être réduite de moitié (0,5 mg 2 x / jour), de façon temporaire ou prolongée, chez les patients qui ne peuvent tolérer les effets indésirables.	Bouche sèche, tête vide, dysgueusie et somnolence.

Tableau 14 : Contre - indications, interactions, posologie et effets indésirables du bupropion, de la varénicline et de la nortriptyline

→ informer sur les **avantages** et les **inconvénients** (syndrome de sevrage, prise de poids, rechutes) de la cessation tabagique, mais aussi sur les mesures à prendre pour limiter ces inconvénients (voir Tableau 12) ;
→ insister sur votre **disponibilité**. Inciter le patient qui débute un sevrage à revenir régulièrement à la pharmacie, une fois par semaine au début, ou à consulter son médecin, afin d'évaluer l'efficacité du traitement, de parler des difficultés rencontrées, des rechutes, etc. ;
→ insister sur la nécessité d'une **abstinence totale** : même une seule bouffée suffit à réactiver la dépendance et à induire la rechute.

➲ C.4.2. Délivrance réitérée

- → vérifier si la **prescription ou** la **demande** est **identique** à la précédente ou si des modifications ont été apportées au traitement (spécialité prescrite, changement de voie d'administration, de dosage etc.). Indiquer ces changements et la raison de ceux - ci dans le dossier pharmaceutique du patient ;
- → s'assurer du bon déroulement du sevrage. S'enquérir des **difficultés** rencontrées (craving, insomnie, prise de poids, nervosité, constipation etc.) ;
- → s'enquérir de l'apparition d'**effets indésirables**, de signes de surdosage en nicotine ;
- → les difficultés rencontrées par le patient et / ou l'apparition d'effets indésirables peuvent être dus à une mauvaise **compliance** et / ou une mauvaise **utilisation** du traitement. Il convient donc de s'en assurer. Dans le cas contraire, une **adaptation du traitement** est nécessaire (dosage, voie d'administration, mode d'administration etc.). Référer au médecin si nécessaire ;
- → fournir au patient des **conseils pratiques** pour résoudre les difficultés qu'il rencontre (prise de poids, insomnie, pulsions, constipation etc.) (voir Tableau 12) ;
- → orienter le patient vers la consultation médicale en cas de survenue d'un **état dépressif** en cours de sevrage ;
- → féliciter et encourager le patient à chaque visite. Souligner les **aspects positifs** de la cessation tabagique ;
- → rappeler la nécessité d'une **abstinence totale**.
- → en cas de **rechute**, ne pas culpabiliser le patient. Expliquer que la rechute fait partie du processus normal de sevrage. Chercher avec lui les raisons de la rechute et fixer éventuellement une nouvelle entrevue ou référer au médecin si nécessaire. Noter la date et les renseignements nécessaires dans le dossier pharmaceutique du patient ;
- → la **durée du traitement** varie d'individu à individu. Les doses seront réduites progressivement jusqu'à l'arrêt complet dans le cas de la substitution nicotinique.

D. RENSEIGNEMENTS ET ADRESSES UTILES

D.1. Conditions d'interventions des organismes assureurs dans les frais de sevrage tabagique

Plusieurs **organismes assureurs**, dans le cadre de l'assurance complémentaire, octroient une intervention financière forfaitaire dans les frais d'aide au sevrage tabagique de leurs affiliés. Les conditions d'octroi et les montants varient d'un organisme à l'autre. Des renseignements complémentaires sont à prendre auprès des organismes assureurs.

☞ **Grossesse** (www.grossessesanstabac.be)
La femme enceinte et son partenaire désireux d'arrêter de fumer peuvent être orientés si nécessaire par le gynécologue vers un tabacologue dont l'intervention est nécessaire à une intervention dans les frais d'aide au sevrage.

Une intervention forfaitaire est prévue :
- ❑ Pour la femme enceinte : participation aux frais de 8 séances chez un tabacologue (€120) ;
- ❑ Pour le partenaire : participation aux frais de 8 séances chez un tabacologue (€120) et aux frais de traitement médicamenteux (€55) pour les substituts nicotiniques et / ou le bupropion.

Conditions :
- ❑ participer au minimum à 8 séances chez un tabacologue dans une période s'étendant au plus tard à 3 mois avant et 6 mois après l'accouchement (attestation médicale) ;
- ❑ la fiche de suivi est remise auprès de l'organisme assureur lorsque les 8 séances ont été accomplies ;
- ❑ est considérée comme partenaire, la personne que la femme enceinte désigne comme telle et qui vit sous le même toit (vérification des conditions de cohabitation par l'organisme assureur) ;
- ❑ traitement médicamenteux : une fiche est destinée au pharmacien, lequel y appose son cachet lorsqu'il délivre le médicament. Ce document, une fois complété est à remettre à l'organisme assureur. Un traitement médicamenteux d'au moins 6 semaines est indispensable pour pouvoir bénéficier du remboursement.

☞ **BPCO**
Le ZYBAN® fait l'objet d'un remboursement lorsqu'il est prescrit comme support thérapeutique en association avec une thérapie comportementale de soutien. Pour obtenir le remboursement, le bénéficiaire doit répondre aux critères suivants :

- ❑ être atteint de broncho - pneumopathie chronique obstructive de stade II, III ou IV selon la nouvelle classification GOLD ;
- ❑ être âgé de 35 ans ou plus ;
- ❑ avoir manifesté son accord auprès du médecin - traitant quant au suivi d'une thérapie comportementale de soutien ;
- ❑ avoir suivi un traitement d'essai de 18 jours qui a démontré que la spécialité est bien tolérée.

Le remboursement du ZYBAN® (100 comprimés) est soumis à l'octroi d'une attestation (B_f) par le médecin - conseil de l'organisme assureur sur base d'une demande du médecin - traitant. L'attestation autorise le remboursement d'un seul conditionnement de 100 comprimés pendant une période de 10 semaines. Le remboursement peut être accordé à concurrence de maximum 1 conditionnement de 100 comprimés par tentative d'arrêt de fumer et à concurrence de maximum 3 tentatives sur une période de 5 années, avec chaque fois une période d'interruption d'au moins 6 mois entre 2 tentatives.

☞ **CHAMPIX®**
Le CHAMPIX® fait l'objet d'un remboursement lorsqu'il est prescrit comme support thérapeutique en association avec une thérapie comportementale de soutien. Pour obtenir le remboursement, le bénéficiaire doit répondre aux critères suivant :
- ❑ être âgé d'au moins 18 ans ;
- ❑ avoir manifesté son accord auprès du médecin - traitant quant au suivi d'une thérapie comportementale de soutien ;

- ❑ avoir suivi un traitement d'essai (thérapie de titration) de 14 jours qui a démontré que la spécialité est bien tolérée ;
- ❑ ne pas encore avoir bénéficié d'un remboursement de la varénicline.

Le remboursement du CHAMPIX® (1 mg 112 comprimés) est soumis à l'octroi d'une attestation (C_f) par le médecin - conseil de l'organisme assureur sur base d'une demande du médecin - traitant. L'attestation autorise le remboursement d'un seul conditionnement de 112 comprimés à 1 mg pendant une période de 10 semaines.

D.2. Ressources pour gérer la consommation de tabac en Communauté Française de Belgique

Divers professionnels de santé et structures spécialisées sont accessibles pour aider de manière efficace dans la gestion de la consommation de tabac.

- → le **médecin généraliste (traitant)** peut accompagner son patient dans sa démarche en lui proposant son soutien et la prescription éventuelle d'un médicament d'aide à l'arrêt surtout si le test de Fagerström démontre qu'il est nettement dépendant à l'égard de la nicotine ;
- → les **Centres d'Aide aux Fumeurs (CAF®)** sont des structures spécialisées constituées en équipe pluridisciplinaires. Ils proposent une approche globale du patient au travers de consultations individuelles complétées éventuellement par des réunions de soutien en groupe. Selon les centres, l'équipe se compose d'un(e) médecin, d'un(e) psychologue, d'un(e) diététicien(ne), et / ou encore d'un(e) kinésithérapeute. Chacun d'eux propose une aide spécifique adaptée aux besoins du patient (entretiens de soutien, substitution nicotinique, prescription de médicaments, accompagnement diététique, séances de relaxation ou d'hypnose etc.) pour résoudre les difficultés liées au sevrage. Une collaboration étroite est établie entre le centre et le médecin - traitant en accord avec le patient. Le nombre de consultations et la durée de l'accompagnement peuvent varier selon le patient. Les premiers CAF ont vu le jour au début des années 80 et sont coordonnés par le FARES (Fonds des Affections Respiratoires) dont dépend leur agrément.
  Les Centres d'Aide aux Fumeurs se situent essentiellement en **Communauté française** : Bruxelles, Charleroi, La Louvière, Mons, Brabant wallon, Namur, Liège et même dans les Ardennes. Un **dépliant** reprenant leurs coordonnées est accessible sur simple demande auprès du FARES (02 / 512 29 36) ou par téléchargement via le site du FARES (http://www.fares.be/documents/CAFoct2007.pdf) ;
- → les **«tabacologues»** sont des professionnels de santé (médecins et non médecins) formés spécifiquement à la tabacologie. Ils proposent des consultations dites «spécialisées» en gestion du tabagisme. Leurs coordonnées et spécificités respectives figurent dans un **annuaire accessible uniquement aux professionnels de santé**. Les renseignements qui y figurent sont régulièrement actualisés. L'annuaire est accessible via le site www.fares.be/annuaire (Nom d'utilisateur : APB - Mot de passe : faresannuaire) ou via le lien http://APB:faresannuaire@www.fares.be/annuaire (uniquement avec Mozilla Firefox) ;
- → **ligne gratuite «Tabac - Stop» - 0800 111 00** (du lundi au vendredi) s'adresse tant aux fumeurs qu'aux non - fumeurs ayant des questions à propos du tabac ou désireux d'être aidés pour une gestion de cette consommation. Des brochures explicatives gratuites sont proposées de même que des conseils ou une aide pour arrêter de fumer sont apportés à ceux qui éprouvent une dépendance physique et / ou psychologique (habitude, anti - stress etc.). Plus particulièrement, **entre 15 à 19 heures**, des spécialistes (médecins, psychologues, tabacologues) prennent le temps d'écouter et d'analyser la situation de chacun, afin de fournir des conseils personnalisés. Une orientation vers des professionnels de la santé ou vers des organismes spécialisés dans l'aide au sevrage est également proposée. Ceux qui le désirent peuvent s'adresser à la ligne «Tabac - Stop» par simple courriel (conseil@tabacstop.be);
- → un coaching individualisé : **«Coach Tabac - Stop»**, par internet, est également proposé par la Fondation contre le cancer (www.cancer.be).;
- → la **Ligue « Vie et Santé »** propose des thérapies de groupe sous forme de « Plan de 5 jours « qui se déroulent durant 5 soirées consécutives, dans tout le pays, gratuitement (Tél. : 02 / 374 17 35).

Sans être exhaustif, les **sites** suivants peuvent également être renseignés ou consultés à titre complémentaire :

- www.fares.be (Service prévention du tabagisme, bibliothèque)
- www.tabacstop.be
- www.grossessesanstabac.be (Ressources spécifiques pour l'aide à la gestion du tabagisme lors de la grossesse)
- www.cancer.be

D.3. Informations et adresses utiles en néerlandais

→ VRGT – **Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheid**. 02 / 510 60 90 ou www.vrgt.be.
- Liste des hôpitaux proposant une consultation spécialisée pour l'accompagnement de la cessation tabagique en Flandre et à Bruxelles.
- Informations sur l'accompagnement individuel dans le centre du VRGT à Louvain.
- Informations sur le programme de groupe Air - Force à Gand.

→ www.rookvrijezwangerschap.be.
Liste des tabacologues agréés dans le cadre de la campagne **"Grossesse sans tabac".**

→ **Tabakstoplijn** : 0800 / 111 00.

→ www.tabakstop.be : **"Rookstopcoach"**.

→ **Vlaamse Liga tegen Kanker**. www.tegenkanker.be ou 02 / 227 69 79.

→ **Stichting tegen Kanker**. www.kanker.be

→ **Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie**. www.vig.be.

OUTILS DE TRAVAIL

Arbre de décision "1001 raisons d'arrêter de fumer ! Quelle est la vôtre ?"

En annexe.

Affiche "1001 raisons d'arrêter de fumer ! Quelle est la vôtre ?"

Distribuée au cours des soirées de formation organisées par la SSPF et IPSA. Egalement disponible sur demande auprès du Service Projets Scientifiques CDSP • CWOA (cdsp-cwoa@mail.apb.be - fax. 02/285 42 85 – tél.: 02/285 42 00).

Matériel - patients (Disponible sous formes digitale et imprimée)

- ❑ Dépliant "1001 raisons d'arrêter de fumer ! Oui, MAIS …"
  Dépliant - patient d'information et de conseils pour les patients qui ne sont pas encore tout à fait décidés à arrêter de fumer.
- ❑ Dépliant «1001 raisons d'arrêter de fumer ! Préparez - vous !»
  Dépliant - patient d'information et de conseils pour les patients qui ont décidé d'arrêter de fumer.

Distribuée au cours des soirées de formation organisées par la SSPF et IPSA. Egalement disponible sur demande auprès du Service Projets Scientifiques CDSP • CWOA (cdsp-cwoa@mail.apb.be - fax. 02/285 42 85 – tél.: 02/285 42 00).

Ils peuvent également être téléchargés via:
- ➲ www.ipsa.be
- ➲ www.sspf.be/publications
- ➲ www.apb.be/cdsp-cwoa (sous *Développement scientifique* → *Soins Pharmaceutiques* → *Matériel patients FR*)
  et sont accessibles, via Delphi Care, dans votre programme informatique officinal.

Matériel - patients (Disponible uniquement sous forme digitale)

Ils peuvent être téléchargés via www.apb.be/cdsp-cwoa (sous *Développement scientifique* → *Soins Pharmaceutiques* → *Matériel patients FR*) et sont également accessibles, via Delphi Care, dans votre programme informatique officinal.

- ❑ Test de Fagerström
  Test de dépendance à la nicotine.
- ❑ Dépliant «Vous avez décidé d'arrêter de fumer ! Arrêter de fumer avec les patchs»
  Dépliant - patient d'information et de conseils pour les patients qui arrêtent de fumer avec les patchs nicotiniques.
- ❑ Dépliant «Vous avez décidé d'arrêter de fumer ! Arrêter de fumer avec le bupropion (Zyban®)»
  Dépliant - patient d'information et de conseils pour les patients qui arrêtent de fumer avec le bupropion.
- ❑ Dépliant «Vous avez décidé d'arrêter de fumer ! Arrêter de fumer avec l'inhaler»
  Dépliant - patient d'information et de conseils pour les patients qui arrêtent de fumer avec l'inhaler.
- ❑ Dépliant «Vous avez décidé d'arrêter de fumer ! Arrêter de fumer avec la varénicline (Champix®)»
  Dépliant - patient d'information et de conseils pour les patients qui arrêtent de fumer avec la varénicline.
- ❑ Dépliant «Vous avez décidé d'arrêter de fumer ! Arrêter de fumer avec les comprimés de nicotine»
  Dépliant - patient d'information et de conseils pour les patients qui arrêtent de fumer avec les comprimés de nicotine.
- ❑ Dépliant «Vous avez décidé d'arrêter de fumer ! Arrêter de fumer avec les gommes à la nicotine»
  Dépliant - patient d'information et de conseils pour les patients qui arrêtent de fumer avec les gommes à la nicotine.

Tout le matériel - patients est également disponible en néerlandais

BIBLIOGRAPHIE

1. CENTRE DE RECHERCHE ET D'INFORMATION DES ORGANISATIONS DE CONSOMMATEURS (CRIOC). Farde de documentation tabac, édition 2007. Sur http://www.oivo-crioc.org/files/fr/2382fr.pdf (consulté le 26/10/2007).
2. www.cancer.be (consulté le 19/10/2007).
3. Enquête Ipsos pour la Fondation contre le Cancer. 2007. Sur http://www.cancer.be/cancer_be/Modules/_Content/FileAttach/communique%20de%20presse%2021%20novembre%202007.doc (consulté le 20/01/2008).
4. LANCASTER T., STEAD L.F. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004, Issue 4. Art. No.: CD000165.
5. SINCLAIR H.K., BOND C.M., STEAD L.F. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004, Issue 1. Art. No.: CD003698.
6. RICE V.H., STEAD L.F. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004, Issue 1. Art. No.: CD001188.
7. BARTSCH P. Toxicologie de la fumée de tabac, Formation continue inter - universitaire de tabacologie, 25 novembre 2006. FARES (non publié).
8. PRIGNOT J.J., SASCO A., POULET E., GUPTA P.C. Alternative forms of tobacco use, accepté pour publication dans International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, novembre 2007.
9. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS). Le tabac mortel sous toutes ses formes et Fiche de référence des produits du tabac, 2006. Sur http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2006/en/index.html (consulté le 21/11/2007).
10. DE KERCHOVE A., SCHIFFMANN S.N. De la neurobiologie de la récompense et du renforcement à la neurobiologie des assuétudes et des toxicomanies. Tempo médical, août 2007, 58 - 63.
11. DOM G. Aspects cliniques et neurocognitifs de l'addiction. Tempo Médical, septembre 2007, 52 - 55.
12. BEINE A., DE TIMARY P., HERMANS E. Neurobiologie et psychologie des addictions. Journal de Pharmacie de Belgique, 2006, 61, n°1, 15 - 25.
13. VOLKOW N.D. et al. The addicted human brain viewed in the light of imaging studies : brain circuits and treatment strategies. Neuropharmacology, 2004, 47(S1), 3 - 13.
14. BECHARA A. Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs : a neurocognitive perspective. Nature Neuroscience, 2005, 8, 1458 - 63.
15. WIERS R.W. et al. The search for new ways to change implicit alcohol - related cognitions in heavy drinkers. Alcohol Clinical and Experimental Research, 2006, 30, 320 - 31.
16. MINZENBERG M.J., CARTER C.S. Modafinil : a review of neurochemical actions and effects on cognition. Neuropsychopharmacology, 22 août 2007. Sur http://www.nature.com/npp/journal/vaop/ncurrent/abs/1301534a.html.
17. SOFUOGLU M. et al. Modafinil and nicotine interactions in abstinent smokers. Human Psychopharmacology, 2007 Sep. 17 (in press).
18. GOLDMAN D. et al. The genetics of addictions : uncovering the genes. Nature Review Genetics, 2005, 6, 521 - 32.
19. PRIGNOT J. Médicaments d'aide à l'arrêt du tabagisme,parties 1 et 2, Formation continue inter - universitaire de tabacologie, 9 février 2008. FARES (non publié).
20. GALANTI L. La dépendance physique, Formation continue inter - universitaire de tabacologie, 25 novembre 2006 (non publié).
21. CORNUZ J., HUMAIR J.P., ZELLWEGER J.P. Tabacologie : quels conseils, pour quels fumeurs. Revue Médicale Suisse, 2452. Sur www.medhyg.ch/formation/article.php3?sid=23278.

22. COVEY L.S., GLASSMAN A.H., STETNER F. Major depression following smoking cessation. American Journal of Psychiatry, 1997, 154, 263 - 5.

23. GLASSMAN A.H., COVEY L.S., STETNER F. Smoking cessation and the course of major depression : a follow - up study. Lancet, 2001 Jun 16, 357(9272), 1929 - 32.

24. LERMAN C., AUDRAIN J., ORLEANS C.T. Investigation of mechanisms linking depressed mood to nicotine dependence. Addictive Behaviors, 1996, 21, 9 - 19.

25. DI CLEMENTE C.C., PROCHASKA J.O., FAIRHURST S.K., VELICER W.F., VELASQUEZ M.M., ROSSI J.S. The process of smoking cessation : An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1991, 59, 295 - 304.

26. GALANTI L., GAILLY J., DUMONT J., LAPERCHE J., ROUCLOUX A. Mon patient fume – Attitudes du généraliste.S.L.,S.A.

27. CENTRE BELGE D'INFORMATION PHARMACOTHERAPEUTIQUE (CBIP) et CENTRE FEDERAL D'EXPERTISE DES SOINS DE SANTE (KCE). Fiche de transparence : Prise en charge du sevrage tabagique, avril 2005 et mises à jour : janvier 2006 et janvier 2007. Sur www.cbip.be (consulté le 22/10/2007).

28. HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS), SERVICE EVALUATION ECONOMIQUE ET SANTE PUBLIQUE. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique – Efficacité, efficience et prise en charge financière, janvier 2007. Sur www.has-sante.fr (consulté le 19/10/2007).

29. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES.The health consequences of smoking – A report of the Surgeon General. Department of Health and Human Services,Washington D.C.,2004. Sur http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/chapters.htm (consulté le 06/11/2007).

30. EUROPEAN COMMISSION - The ASPECT Consortium. Tobacco or health in the European Union - Past, present and future, October 2004. Sur http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf (consulté le 19/11/2007).

31. AGENCE NATIONALE D'ACCRÉDITATION ET D'EVALUATION EN SANTÉ. Conférence de consensus – Grossesse et tabac, 7 et 8 octobre 2004, Lille. Sur www.has-sante.fr (consulté le 19/10/2007).

32. ANONYME. L'arrêt du tabac. Dans Le Moniteur des Pharmacies et des Laboratoires. 2 octobre 2004, 2551, cahier II.

33. www.grossessesanstabac.be (consulté le 19/10/2007).

34. LEE A., INCH S., FINNIGAN D. et al. Therapeutics in pregnancy and lactation, Cornwell, Radcliff Medical Press, 2000, p.219-221.

35. DE SCHUITENEER B., DE CONINCK B. Médicaments et allaitement, Guide de prescription des médicaments en période d'allaitement, 2ème édition, Paris, Arnette Blackwell, 1996, p.301 - 305.

36. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke – A report of the Surgeon General. Department of Health and Human Services, Rockville M.D., 2006. Sur http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/ (consulté le 06/11/2007).

37. PRIGNOT J. Tabagisme passif par voie aérienne. Formation continue inter - universitaire de tabacologie 2007 - 2008. FARES (non publié).

38. AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTÉ. Recommandations de bonne pratique, Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac – Argumentaire et Recommandations, mai 2003. Sur www.agmed.sante.gouv.fr (consulté le 22/10/2007).

39. KROON L.A., Drug interactions with smoking. Dans American Journal Health - System Pharmacists, 2007, 64(18), 1917 - 1921. Sur http://www.medscape.com/viewarticle/562754?src=mp (consulté le 23/10/2007).

40. CENTRE BELGE D'INFORMATION PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE. Tabagisme et médicaments. Folia Pharmacotherapeutica, septembre 2003. Sur http://www.cbip.be/Folia/index.cfm?FoliaWelk=F30F09C&keyword=tabagisme (consulté le 23/10/2007).

41. www.delphicare.be (consulté le 17/10/2007).

42. FAGERSTRÖM K.O, HUGHES J.R. Nicotine concentrations with concurrent use of cigarettes and nicotine replacement : A review. Nicotine & Tobacco Research, 2002, supplement, S73 - S79.

43. WHO - Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives : results of an international multicentre case-control study. Lancet 1997, 349, 1202.

44. PRIGNOT J. Voordelen van rookstop in de tijd. Formation continue inter - universitaire de tabacologie 2007 - 2008. VRGT (non publié).

45. Compendium 2007. Sur www.pharma.be (consulté le 28/11/2007).

46. CENTRE BELGE D'INFORMATION PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE. Varénicline (DCI) tartrate. Supplément au Folia Pharmacotherapeutica, novembre 2007, n° 11.

47. STAPLETON J.A., WATSON L., SPIRLING L.I. et al. Varenicline in the routine treatment of tobacco dependence : a pre - post comparison with nicotine replacement therapy and an evaluation in those with mental illness. Addiction, 2007 nov. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.02083.x (communiqué par P.Bartsch).

48. JORENBY D.E., HAYS J.T., RIGOTTI N.A. et al. Efficacy of varenicline, an α4 / β2 nicotine acetylcholine receptor partial agonist vs. placebo or sustained release bupropion for smoking cessation : A randomized controlled trial. JAMA, 2006, 296, 47 - 55.

49. GONZALES D., RENNARD S.I., NIDES M. et al. Varenicline an α4β2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist vs. sustained release bupropion and placebo for smoking cessation : A randomized controlled trial. JAMA, 2006, 296, 56 - 63.

50. http://www.fda.gov/cder/drug/early_comm/varenicline.htm (consulté le 21/11/2007).

51. http://www.emea.europa.eu/pdfs/general/direct/pr/Champix_Q&A_59565807en.pdf (consulté le 17/12/2007).

52. WAGENA E.J., KNIPSCHILD P.G., HUIBERS M.J. et al. Efficacy of bupropion and nortriptyline for smoking cessation among people at risk for or with chronic obstructive pulmonary disease. Archives of Internal Medicine, 2005, 165, 2286 - 92.

53. LANCASTER T., STEAD L.F. Individual behavioural counselling for smoking cessation. The Cochrane Library, 2007, Issue 4.

54. STEAD L.F., LANCASTER T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Review). The Cochrane Library, 2007, Issue 4.

55. WHITE A.R., RAMPES H., CAMPBELL J.L. Acupuncture and related interventions for smoking cessation (Review). The Cochrane Library, 2007, Issue 4.

56. ABBOT N.C., STEAD L.F., WHITE A.R., BARNES J. Hypnotherapy for smoking cessation. The Cochrane Library, 2007, Issue 4.

57. USSHER M. Exercise interventions for smoking cessation. The Cochrane Library, 2007, Issue 4.

58. HAJEK P., STEAD L.F. Aversive smoking for smoking cessation. The Cochrane Library, 2007, Issue 4.

59. FIORE M.C., BAILEY W.C., COHEN S.J. et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD, U.S.Department of Health and Human Services : Public Health Service, 2000.

60. MILLER W.R., ROLLNICK S.T. Motivational interviewing, The Guilford Press, 2nd ed., 2002, 428.

61. ROLLNICK S.T., MASON P., BUTLER CHR. Health Behavior Change. A guide for practitioners, Churchill Livingston, 1999, 225.

62. GERARDS F., Health Counceling. Het adviesgesprek in de (para)medische en verpleegkundige zorg. 2001, 208.

63. http://www.entretienmotivationnel.org/

64. MILLER W.R., ROLLNICK S., LECALLIER D., MICHAUD P. L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement. InterEditions, 2006.

65. GAILLY J. Recommandations de Bonne Pratique : Arrêter de fumer. SOCIÉTÉ SCIENTIFIQUE DE MÉDECINE GÉNÉRALE, mars 2005. www.ssmg.be (consulté le 23/10/2007).

66. EUROPHARM FORUM et WHO TOBACCO OR HEALTH UNIT. Smoke-free Europe 12 – Pharmacists and action on tobacco, World Health Organization, Copenhagen, 1998. Sur http://www.fip.nl/files/fip/tobacco/publications/Pharmacists%20and%20Action%20on%20Tobacco.pdf (consulté le 29/10/2007).

67. LE MAITRE B., HIRSCH A. Fiche technique CESPHARM. Pharmacien et tabac – Prise en charge de l'arrêt du tabac, Paris, 2007.

68. CANADIAN PHARMACISTS ASSOCIATION. Helping your patients quit smoking – A smoking cessation guide for pharmacists, 1998. Sur http://www.pharmacists.ca/content/hcp/resource_centre/practice_resources/pdf/smoking_cessation.pdf (consulté le 06/11/2007).

69. MAC ROBBIE H., MAC EWEN A. Helping smokers to stop : advice for pharmacists in England, National Institute for Health and Clinical Excellence, Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, PharmacyHealthLink, 2005. Sur http://www.nice.org.uk/aboutnice/whoweare/aboutthehda/hdapublications/helping_smokers_to_stop_advice_for_pharmacists_in_england.jsp (consulté le 06/11/2007).

70. DEPARTMENT OF FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE, UNIVERSITY OF TORONTO. Smoking Cessation Guidelines – How to treat your patient's tobacco addiction, 2000. Sur http://www.smoke-free.ca/pdf_1/smoking_guide_en.pdf (consulté le 06/11/2007).

71. PRIGNOT J. Gestion du sevrage tabagique. FARES, novembre 2003. Sur http://www.fares.be/documents/ArgumentaireCtScient.pdf (consulté le 08/11/2007).

72. HAYS J.T., HURT R.D., RIGOTTI N.A. et al. Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. Annals of Internal Medicine, 18 September 2001, Volume 135, Issue 6, 423 - 433.

Les partenaires suivants ont collaboré à la réalisation de ce syllabus :

CDSP·CWOA
Centre de Développement Scientifique des Pharmaciens
Centrum Wetenschappelijke Ontwikkeling voor Apothekers

SSPF
Société Scientifique des Pharmaciens Francophones

IPSA
Instituut voor Permanente Studie voor Apothekers

FARES
asbl

VRGT
Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding